

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 116

Travail de la Clinique Ophthalmologique du Professeur ROLLET

Histoire des Affections des Voies lacrymales et de leur Traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Février 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean FLORIS

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 7 Juin 1906 à MARGUERITTES (Gard)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

HISTOIRE
des AFFECTIONS des VOIES LACRYMALES
et de leur TRAITEMENT

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 116

Travail de la Clinique Ophtalmologique du Professeur ROLLET

Histoire
des Affections des Voies lacrymales
et de leur Traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Février 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean FLORIS

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 7 Juin 1906 à MARGUERITTES (Gard)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (i éon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
MAZEL	DUFOURT	GATE	EPARVIER
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REPATTU Ch..
			REVOL Ch...



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, *président*; A. CHALIER, *assesseur*;
GUILLEMINET et CIBERT, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS
ET DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE ET A SA FAMILLE

A MES PARENTS

A MADAME
ET MONSIEUR LE PROFESSEUR E. DE ROUVILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL NICLOT
Commandeur de la Légion d'Honneur

Nous craindrions d'offenser sa modestie si nous louions son érudition et ses travaux. Nous le prions de recevoir l'hommage de cette thèse comme un bien faible témoignage de toute la reconnaissance que nous lui devons.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de Clinique Ophtalmologique

Officier de la Légion d'Honneur

Membre Correspondant de l'Académie de Médecine

Qu'il nous soit permis de lui témoigner ici notre respectueuse reconnaissance pour l'extrême bienveillance avec laquelle il nous a guidé et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOS JUGES

A NOS MAITRES

DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

DES HÔPITAUX MIXTES DE MONTPELLIER

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

DES HÔPITAUX CIVILS ET DES HÔPITAUX MILITAIRES
DE LYON

Préface

Et ce disant pleurait comme une vache ;
mais tout soudain riot comme un veau.

(PANTAGRUEL, livre I, chap. III.)

Nous avons entrepris, dans la faible mesure de nos moyens, d'éclaircir l'histoire d'un genre d'affections qui a fait couler bien des larmes. Au terme de nos études nous n'en verserons aucune sur notre vie d'étudiant. Le regret de quitter de bons camarades sera largement compensé par la joie que nous éprouvons à pouvoir enfin rendre à l'Etat les services qu'il est en droit d'attendre de nous et pour lesquels il nous a entretenus trois années à Montpellier et deux ans à Lyon.

Avant d'entreprendre l'histoire des affections des voies lacrymales et de leurs traitements, il serait bon de résumer l'histoire de cette thèse.

C'est en février 1930 que nous sommes allé demander à M. le Professeur Rollet un sujet de thèse sur les qualités physiques des humeurs de l'œil. Notre Maître nous fit remarquer l'impossibilité matérielle de telles recherches sur l'homme vivant. Enhardi par son aimable accueil nous lui avons demandé un sujet d'histoire de l'ophtalmologie.

M. le Professeur Rollet nous a proposé d'abord l'étude de la contribution ophtalmologique d'un des anciens chirurgiens lyonnais, mais il trouva lui-même le sujet trop étroit vu le temps dont nous disposions. C'est quelques jours plus tard qu'il nous a proposé le sujet que nous avons traité.

L'étude de la thérapeutique des affections des voies lacrymales nous a plu parce que c'est un sujet complet et bien limité où nous avons été guidé par les termes très spéciaux, aegilops, anchilops, gharb, fistule au lacrymal qui ont indiqué les affections des voies lacrymales au cours des âges.

Jusqu'en janvier 1931, notre travail s'est borné à bien connaître les voies lacrymales et leurs traitements actuels sous la direction de M. le Professeur Rollet.

A partir de ce moment-là jusqu'à environ quinze jours après Pâques, nous avons réuni une bibliographie qui nous a été utile pour une part. Au retour des vacances de Pâques, nous hésitions devant le travail de traduction qui se présentait à nous. C'est alors que, grâce au Bibliothécaire de l'Ecole, M. Blaessinger, nous avons connu M. le Médecin-Général Niclot. Il a eu la bonté, non seulement de nous dicter la traduction des textes grecs et latins que nous lui soumettions, mais encore de rechercher lui-même certains matériaux. C'est grâce à lui que nous avons pu mener notre œuvre à bonne fin.

Les bibliothèques lyonnaises se montrant insuffisantes, nous sommes allé à Montpellier et à la Bibliothèque Nationale.

Les matériaux une fois réunis, nous n'avions plus

qu'à construire. Ce fut le plus facile. Suivant le plan que nous nous étions tracé, nous avons insisté sur les périodes obscures de l'antiquité et du moyen âge et surtout de l'époque arabe. Nous avons pu explorer efficacement cette dernière époque grâce à M. le Médecin-Général Niclot qui nous a traduit les traductions latines, et grâce aussi au Commandant Khaznadar qui nous a enseigné les quelques mots qui maintiennent l'allure arabe de notre texte.

M. le Docteur Jacques Rollet a surveillé la rédaction de l'époque contemporaine et nous a guidé de ses conseils pour l'ordre à employer dans la vue d'ensemble.

Le personnel de toutes les Bibliothèques universitaires de France a été mis à contribution pour certaines recherches malheureusement inutiles. Nous devons remercier particulièrement les bibliothécaires de Lyon, de Montpellier, du Val-de-Grâce et de la Bibliothèque Nationale, qui n'ont jamais hésité à rechercher les livres que nous leur avons demandés.

Avant de terminer ces quelques mots nous devons répondre par avance à la question : à quoi sert notre travail inaugural ? En premier lieu il nous a obligé à étudier sommairement toute l'histoire de la médecine et cela seul suffirait, mais en même temps il nous a permis de préciser certains points obscurs, de réfuter des erreurs admises par tous ceux qui, faisant des thèses purement cliniques, n'ont pas eu le temps de faire un historique de la question d'après les textes originaux et reproduisent de bonne foi les erreurs de

Sprengel et de Malgaigne, ou bien font dire à ces auteurs ce qu'ils n'ont pas dit.

On pourrait porter la question sur un terrain plus vaste et demander : A quoi sert l'histoire de la médecine ? La réponse nette et précise du père de la médecine nous permettra de ne pas répondre. Que vaudrait d'ailleurs notre opinion à côté de celle d'Hippocrate.

« La médecine est dès longtemps en possession de toute chose, en possession d'un principe et d'une méthode qu'elle a trouvés : avec ces guides de nombreuses et excellentes découvertes ont été faites dans le long cours des siècles, et le reste se découvrira si des hommes capables, instruits des découvertes anciennes, les prennent pour point de départ de leurs recherches. Mais celui qui, rejetant et dédaignant tout le passé, tente d'autres méthodes et d'autres voies et prétend avoir trouvé quelque chose, celui-là se trompe et trompe les autres ; car cela est impossible.

(HIPPOCRATE de l'ancienne médecine.)

(Trad. Littré.)

Introduction

L'appareil lacrymal comprend les glandes lacrymales, orbitaire et palpébrale; leurs canaux; la conjonctive; la caroncule et le lac lacrymal; les points lacrymaux; les canalicules lacrymaux; le sac lacrymal et le canal nasal.

Nous limiterons le sujet à la portion de l'appareil lacrymal qui s'étend des points lacrymaux jusqu'à l'abouchement du canal nasal dans les fosses nasales, c'est-à-dire aux voies lacrymales d'excrétion, et nous ne nous occuperons que très accessoirement des autres parties de l'appareil lacrymal.

Nous allons suivre le traitement des voies lacrymales d'excrétion depuis ses origines jusqu'à nos jours, en approfondissant surtout les périodes les plus anciennes qui sont les plus mal connues et en insistant beaucoup moins sur les périodes récentes mieux étudiées.

L'histoire des voies lacrymales présente quatre grandes périodes naturelles.

Jusqu'à Fallope, on ignore le rapport des voies

lacrymales avec l'aegilops et l'anchilops (aujourd'hui appelés fistule lacrymale et dacryocystite).

De Fallope jusqu'à Anel, on n'utilise pas la découverte de Fallope, ou pour mieux dire, les méthodes conservatrices ne sont pas encore à la mode.

A partir d'Anel jusqu'à la mise en pratique de l'anesthésie et de l'antisepsie, on voit régner les méthodes conservatrices.

La quatrième époque débute par la mise en pratique à la fois de l'anesthésie et de l'antisepsie dans l'opération de M. le Professeur Rollet.

La longueur de la période antérieure à Fallope nous a conduit à la diviser en trois suivant que les auteurs écrivent en caractères grecs, arabes ou latins.

CHAPITRE PREMIER

Les Grecs

Ce que les médicaments ne guérissent pas,
le fer le guérit ; ce que le fer ne guérit pas,
le feu le guérit ; ce que le feu ne guérit pas
doit être regardé comme incurable.

(HIPPOCRATE. Les aphorismes.
VI. S., 87^e A.).

La médecine a existé de tout temps et dans tous les pays, mais je n'ai trouvé aucun écrit ayant trait aux voies lacrymales antérieur à la collection hippocratique. Cette collection a été écrite, en partie par Hippocrate lui-même, en partie par d'autres auteurs, depuis une période antérieure au siècle de Périclès, jusqu'à environ 300 ans avant notre ère, date approximative de la fondation d'Alexandrie.

HIPPOCRATE (1), dans son livre « des lieux dans l'homme », semble avoir entrevu l'existence des voies lacrymales d'excrétion.

Quand la fluxion ne s'opère que peu à peu dans les yeux et y cause de la démangeaison, on y fera une onction émolliente qui en même temps sera siccative et provoquera quelques larmes, et on introduira dans les narines un médicament remplissant la même indication ; ce médicament sera tel que le patient n'en introduira dans les narines qu'un oxybaphe (0 lit. 068), et il ne l'introduira que peu à peu ; quant au médicament appliqué sur les yeux, il sera siccatif, afin que ce qu'il desséchera et obstruera soit détourné vers les narines. Des médicaments qui purgent la tête, ceux qui sont actifs exercent l'attraction sur la tête entière, ceux qui sont faibles l'exercent sur les yeux et puis sur les environs du nez. Si de la mucosité s'étant déposée entre l'os et la chair, une fluxion provenant de la chair et de l'os se fait sur les yeux, on reconnaîtra la source de cette fluxion à ceci : la peau, qui est à la tête cède sous la pression ; des ulcères font éruption à la tête, les yeux deviennent larmoyants sans que les paupières s'ulcèrent, sans qu'il y ait mordication, sans que l'amblyopie se manifeste ; loin de là, le malade a la vue perçante, car la fluxion n'est pas salée vu qu'elle ne provient pas de l'encéphale, et elle est plutôt muqueuse. On traitera le patient ainsi : on purgera la tête avec un médicament qui ne sera pas actif, on atténuera le corps en donnant des aliments et des médicaments qui provoquent des selles, afin que l'atténuation du corps ait pour effet de sécher la fluxion ou que cette fluxion soit détournée par le médicament appliqué aux narines, mais on ne mettra rien aux yeux. Si le mal résiste même à ces moyens, on incisera la tête jusqu'à ce qu'on arrive à l'os ; les incisions ne seront ni superficielles, ni transversales et vous devrez aller jusqu'à ce que vous touchiez l'os ; elles seront nombreuses afin que l'humeur accumulée s'échappe plus promptement par les plaies, et qu'en même temps, par leur nombre, elles facilitent l'adhésion de la chair à l'os ; c'est ainsi qu'il faut traiter.

Hippocrate a vu une liaison clinique entre l'œil et les fosses nasales. Il répète à deux reprises que le médicament dans les fosses nasales attirera la fluxion de l'œil. Il semble par contre qu'il ne distingue pas ce que nous appelons dacryocystite et fistule lacrymale des « fluxions provenant de l'os et de la chair », et on n'est pas sûr qu'il ait traité les affections des voies lacrymales.

A partir de 340 avant J.-C., une série de grands événements bouleversent le monde antique. Alexandre le Grand commence ses conquêtes. La Macédoine, la Grèce, l'Asie-Mineure, l'Egypte, la Perse, toutes les régions civilisées jusqu'à l'Inde passent sous sa domination.

Le monde grec devient prodigieusement étendu, les sciences et la médecine grecques vont régner en maîtresses incontestées sur le proche-Orient. Alexandre fonde en Egypte une ville: Alexandrie (env. 332 avant notre ère). Après sa mort et le partage de son empire entre ses lieutenants, elle échoira avec l'Egypte à la dynastie des Ptolémées. C'est là que la civilisation grecque va atteindre sa plus grande splendeur. Les Ptolémées réunissent une bibliothèque de plus de 700.000 manuscrits et fondent la plus vieille Université sous le nom de Musée, ils permettent aux médecins les premières dissections de cadavres humains et même des vivisections sur l'homme (2). Les œuvres médicales nées à Alexandrie étaient nombreuses et seraient très intéressantes pour l'histoire de la médecine. Malheureusement, les bibliothèques ont subi trois incendies : le premier à la prise de la ville par

César en 47 avant J.-C., le deuxième en 390 de notre ère, et le troisième en 640 lors de la conquête arabe. La plupart des ouvrages ont disparu dans les flammes et nous ne retrouvons pour beaucoup d'auteurs que les citations de compilateurs plus ou moins consciencieux qui souvent n'indiquent pas sur qui ils copient; d'où résultent parfois de fausses attributions, le copiste passant pour l'auteur original.

ASCLEPIADE (4) vivait environ 100 ans avant notre ère. C'est le premier médecin grec établi à Rome au siècle d'Auguste. Il avait appris la médecine à l'école d'Alexandrie, comme tous les grands médecins de son temps. Galien, dans son livre « de la Composition des médicaments par région », cite un fragment du « Premier livre des maladies externes », d'Asclépiade, aujourd'hui disparu. Ce fragment donne la recette de deux médicaments pour l'aegilops.

Prendre : Suc d'illecèbre (pourpier ou joubarbe), une demi-livre ; suc de strychnos, une demi-livre ; encens, 8 drachmes ; mastic, 3 drachmes ; galbanum, une demi-livre. Cuire ces sucs avec de l'encens et après dissolution incorporer le galbanum.

Prendre : encens, 8 drachmes ; myrrhe, 8 drach ; ladanum, 4 drach. ; cire, 4 drach. ; alun scissile, 3 drachmes ; caillé de lièvre, 3 drach. ; écume de soude, 4 drach. ; pulvériser et mêler avec du sédiment d'huile d'iris.

Les Romains méprisaient la médecine et les médecins. Si un latin devenait médecin, il se mettait à parler la langue et à porter le costume des médecins

grecs, en un mot il devenait Grec. C'est pourquoi tous les grands médecins de Rome et de l'Empire romain sont Grecs. Un seul auteur fait exception. Celse a écrit en latin. Il n'était pas médecin. C'était un encyclopédiste qui vivait 50 ans environ avant notre ère. Il ne nous reste de ses ouvrages que ceux qui ont trait à la médecine. Son livre « de Medicina » nous est très précieux, parce qu'il résume toute la médecine de son époque, et surtout parce que nous n'avons ni les œuvres d'*Erasistrate* et d'*Hérophile*, ni celles des médecins alexandrins qui leur ont succédé tant à Alexandrie qu'à Rome, jusqu'au moment où notre auteur a écrit.

CELSE (2) présente un tableau complet du traitement de la fistule lacrymale qu'il appelle comme les grecs *aegilops*.

Il s'ouvre dans l'angle nasal de l'œil et sous l'influence d'un vice quelconque une espèce de petite fistule, d'où distille continuellement de la pituite. Les Grecs l'appellent *aegilops*. Cette affection tient l'œil dans un état maladif permanent ; quelquefois même après avoir rongé l'os elle arrive jusqu'à la narine. Elle revêt parfois le caractère carcinomateux ; dans ce cas les veines sont tendues et tortueuses, la couleur pâlit, la peau est calleuse, irritable au moindre contact, et excite de l'inflammation dans le voisinage. Il est dangereux d'opérer les personnes atteintes de fistules à forme carcinomateuse ; ce serait même en le faisant, hâter leur mort ; chez ceux dont la fistule se dirige vers les narines l'opération est inutile, car ils sont incurables ; si l'*aegilops* est à l'angle de l'œil, elle est possible ; cependant on ne doit pas se dissimuler qu'elle est difficile, et d'autant plus que l'orifice se trouve plus près de l'angle, parce que la main agit alors

dans un espace très restreint. Mais quand le mal est récent, on y remédie assez aisément. Il faut accrocher le sommet de l'orifice avec une érigne, puis inciser tout le trajet jusqu'à l'os comme je l'ai indiqué pour les fistules; ensuite, après avoir bien protégé l'œil et les parties voisines, on cautérise l'os avec un fer, même assez énergiquement s'il est déjà frappé de carie, afin d'obtenir un séquestre plus épais.

Quelques médecins appliquent des caustiques tels que le noir de cordonnier, le chalcitis ou la raclure de vert de gris ; mais ces substances ont une action plus lente et différente. Après l'ustion de l'os, le pansement est le même que dans les autres brûlures.

Le traitement des brûlures consiste à tenir appliqués, pendant la période d'état de l'inflammation, des lentilles avec du miel ; dès que l'inflammation est à son déclin, de la farine avec de la rue, du poireau ou du marrube, jusqu'à la chute des escharres ; puis de l'ers avec du miel, de l'iris ou de la résine du térébenthe jusqu'à ce que l'ulcère soit pur, et en dernier lieu de la charpie sèche.

En résumé, au premier siècle avant notre ère, on pratiquait la cautérisation soit actuelle, soit potentielle. On n'essayait pas de perforer l'unguis, car on croyait que l'ouverture dans les fosses nasales rendait la fistule incurable. On n'opérait pas les tumeurs malignes de l'angle interne de l'œil. On ignorait probablement l'existence des voies lacrymales et sûrement leurs rapports avec la fistule lacrymale.

ARCHIGÈNES était contemporain de l'Empereur Trajan (98-117 de notre ère). Ses œuvres pour ce qui concerne l'aegilops nous sont parvenues grâce au livre « De la composition des médicaments par région » où Galien (4) groupe une série de citations

empruntées au « 1^{er} livre des médicaments par espèces » d'Archigènes.

Les aegilops qui surviennent au niveau du canthus recevront des applications d'ers avec du miel, ou de la cendre de vigne mêlée avec du vinaigre. — On obtient aussi de bons résultats en incorporant de l'encens à des excréments récents de colombe. — On oint également avec du miel et le suc de la plante egilops. — Dans les cas où il n'y a pas encore ouverture, on applique la staphisaigre et les fomentations de gomme ammoniacque avec du miel ; ces applications se feront sous forme d'un emplâtre. — Sous la même forme, on peut employer l'alun scissile avec de la térébenthine, ou encore un tampon de laine imbibé de sang de lièvre marin ou encore le noir de cordonnier.

Si dans ces conditions ils ne guérissent point, on sectionne le canthus, on sépare et on fait des perforations continues avec un fin trépan, ensuite application d'un emplâtre céphalique, les écailles se détacheront et (les aegilops) guériront.

Ou bien on appliquera le cautère après avoir dénudé l'os et ainsi les écailles se détacheront et (les aegilops) guérissent.

Quelques-uns, après avoir divisé le canthus, appliquent sur l'os, là où il est perforé, un entonnoir fin, puis y versent du plomb fondu, brûlent et ainsi guérissent au mieux.

Archigènes est le premier qui parle de la dérivation de l'aegilops vers les fosses nasales; toutefois, il ne se rend pas compte des effets de son traitement, et il ne précise pas qu'il atteint les fosses nasales. Il emploie la méthode du cautère actuel ordinaire et celle de la cautérisation au plomb fondu, découverte probablement par un médecin dont le nom reste inconnu. Il ne préconise la chirurgie qu'en cas d'échec des médicaments.

SEVERUS (6) était un médecin grec établi à Rome. Il était contemporain de deux autres médecins grecs de Rome: Barbarus, auteur d'un diadictame, et Paul, différent de Paul d'Egine. Ces renseignements sont empruntés à Galien. — Aetius d'Amida, au 3^e sermon du 2^e livre, au chapitre 85, indique le traitement de l'aegilops d'après Severus. Il semble qu'il s'agisse là du même médecin. En effet, antérieur à Galien, il n'appelle pas anchilops l'aegilops non ouvert. Voici sa façon de traiter l'aegilops:

L'aegilops est un abcès près du grand angle de l'œil. C'est une affection difficilement curable, à cause de la gracilité des tissus sous lesquels l'os est altéré. Par sa position et la proximité de l'œil, il lèse quelquefois ce dernier par ce petit trou naturel qui avoisine l'angle. Au début de l'inflammation, dès le premier jour, il faut tâcher de la réfréner. On applique seulement sur le lieu enflammé le collyre d'Antoine ou tel autre puissamment résolutif. D'habitude, cette application guérit la fluxion. Si cependant l'inflammation persiste, il faut tâcher, comme pour les autres inflammations, d'essayer les médicaments discussifs, mais non mordants, car l'œil ne tolère pas la proximité des médicaments âcres, et l'inflammation augmenterait, même dans la partie affectée. Dans les inflammations non encore évoluées, nous usons de l'emplâtre de Barbarus (1), de Læna d'Athéna, ou du saule avec du vinaigre et de l'huile, nous obtenons la discussion et la dessiccation de l'abcès.

(1) J. Cornarius, traducteur d'Aetius, considère Barbarus comme un nom propre. On peut pourtant se demander s'il ne s'agit pas des emplâtres dits barbares, parce que, comme l'apprend Galien, ils contiennent du bitume.

Il cite ici Asclépiade:

Si les médicaments résolutifs échouent et que l'inflammation suppure, il faut inciser, évacuer l'humeur, et se servir des substances ci-dessous :

Bdellium, Myrrhe, Ladanum, Ecume de nitre, Colophane : aa 4 drachmes ; Cire, 10 drachmes ; Onguent d'iris, Q. S. D'autres remplacent la colophane par des feuilles d'olivier triturées et l'appliquent avec de l'axonge sur l'aegilops. Ou encore les crasses axillaires de la brebis avec de l'axonge, dans les mêmes conditions. Ou encore des applications humides de racines de vétrate noir, ou encore l'herbe pariétaire en cataplasme. Ou la farine d'ers avec du miel. Ou la cendre de sarmement dans du vinaigre. Ou la staphysaigre et la fomentation ammoniacale avec du miel. Ou l'alun scissile et la térébenthine en emplâtre.

Il faut remarquer ici que Severus parle d'un petit trou naturel qui avoisine l'angle et lèse l'œil. C'est un des points lacrymaux. Dans cette première partie notre auteur indique le traitement de ce que nous appelons l'empyème chaud du sac, ou bien de la péri-cystite lacrymale. Son but est de calmer l'inflammation.

Si le mal gagne l'angle de l'œil, mais n'a pas tout à fait atteint la surface, avec un phlébotome ou un ptérygotome, il faut fendre le corps moyen du canthus et faire sortir la chair saine de la profondeur, puis dessécher la chair mise à jour. On y arrive en n'employant pas les corps gras. Au début, après l'ouverture, se servir de lentilles cuites, ou de l'écorce de grenade avec du miel. Le lieu étant bien nettoyé et les chairs en croissance, du verre très finement broyé et sec sera versé, et on persévère dans son emploi jusqu'à absolue guérison. C'est un remède admirable dont l'efficacité ne peut

être assez affirmée. L'alun scissile porphyrisé, reçu dans un peu de térébenthine en forme d'emplâtre déterge, donne de la chair et une bonne cicatrice. Il faut, ou introduire le remède dans la cavité, ou déposer un petit emplâtre à l'extérieur. Grâce à cette méthode de traitement, nous n'avons pas besoin d'un autre procédé pour les aegilops récents.

Les anciens ont décrit contre cette affection divers procédés. Ils traitent l'aegilops, si l'os n'est pas altéré dans la profondeur, par l'application de camomille triturée, ou de feuilles de mauves triturées, avec du sel. Après l'ouverture, se servir de la mauve, elle-même triturée, jusqu'à cicatrisation ; ou de la belladone avec de l'alkékenge, ou du myrte, ou des feuilles d'œnanthe, ou des feuilles de myosotis. De même le suc d'egilops avec de la farine de froment. Ou encore des feuilles de plantain triturées et appliquées. De même l'encens, la fiente de colombe, mêlés, en applications, durcissent et adhèrent jusqu'à ce que la cicatrice soit produite.

Autre : Propolis, térébenthine et encens ââ en emplâtre. — Autre : médicament sec fait d'ers et de miel. — Autre : des sécher à la fumée du fiel de porc, et l'appliquer sur l'aegilops ulcéré. — Autre : encens trituré reçu dans de la poix liquide, en emplâtre fait rétrocéder l'aegilops au début. Quant à ceux qui sont ouverts, introduire dans l'ulcère et appliquer à la surface. — Autre vérifié par l'expérience, agit aussi contre les écrouelles : racine de lis fraîche triturée en forme d'emplâtre et appliquée, fait ouvrir, déterge et mène la guérison jusqu'à la cicatrice.

Dans la partie ci-dessus, Severus expose le traitement de l'aegilops non encore ouvert. C'est ce que Galien appellera anchilops. C'est la dacryocystite. Il ouvre ce qu'il croit être un abcès, et fait monter la chair saine. Puis il la dessèche et la cicatrise avec du verre pilé dont il vante les bons effets. Il indique ensuite une série de médicaments. En résumé, Severus

paraît être un bon observateur, mais assez timide comme chirurgien.

Nous arrivons à Galien, né à Pergame en 131 de notre ère, mort en 201 ou 210, et contemporain de Marc-Aurèle. Il étudia à Pergame, puis à Alexandrie, et pratiqua à Rome. Bien que de son temps les études d'anatomie humaine sur le cadavre fussent négligées, il est le premier à parler de l'appareil lacrymal qu'il a étudié sur l'animal.

GALIEN (3) expose l'anatomie des voies lacrymales dans les livres de l'utilité des parties du corps humain; au livre X° des yeux et de leurs annexes; au chapitre 11, de l'utilité de la caroncule lacrymale, des points lacrymaux, des glandules, de la graisse et du canal nasal.

Examinons maintenant ce qui a rapport aux angles de l'œil. Si le corps charnu (caroncule lacrymale) situé au grand angle est utile, la nature paraîtrait faire tort au petit en le privant d'une protection utile. Si au contraire ce corps est dénué d'utilité, la nature lèse le grand angle en le surchargeant sans profit...

Elle a établi le corps charnu au grand angle pour recouvrir l'ouverture des fosses nasales (canal nasal). L'utilité de cette ouverture était double pour l'animal.

L'une est le passage d'un nerf.

L'autre... Toutes les superfluités des yeux coulent par ces ouvertures dans les narines, et souvent l'on rend, en crachant ou en se mouchant, les médicaments dont on vient d'enduire

l'œil. En effet, le conduit de l'angle de l'œil dans le nez a été percé en face de celui du nez même dans la bouche. Donc, quand on se mouche, l'humeur s'écoule par le nez, et par la bouche quand on crache. C'est pour prévenir l'écoulement des superfluités par les angles et un larmolement continuel que, sur les susdits conduits, ont été insérés les corps charnus qui empêchent l'évacuation des superfluités des yeux par les angles, et qui les poussent dans les conduits qui leur sont destinés.

Il cite à l'appui de son opinion le mauvais traitement pratiqué par certains oculistes qui détruisent la caroncule lacrymale, ce qui provoque un « écoulement », aujourd'hui épiphora.

Mais la nature a ménagé soigneusement ces dispositions ; elle a de plus encore établi aux paupières même de très petits trous (points lacrymaux) un peu en dehors du grand angle. Ils s'étendent jusqu'au nez et versent ou reçoivent tour à tour une humeur ténue.

D'après Galien, leur rôle est de maintenir le degré d'humidité nécessaire aux mouvements des paupières.

Galien décrit l'appareil lacrymal du point de vue finaliste. C'est ce qui l'induit parfois en erreur : désireux de trouver une double utilité aux voies lacrymales, il s'imagine que normalement les larmes sont susceptibles de refluer dans l'œil par les points lacrymaux. Cette hypothèse une fois admise, il lui était impossible de considérer le reflux des larmes comme un phénomène pathologique en relation avec l'anchilops. Galien admet deux voies d'écoulement des larmes dans le nez : l'une par les points lacrymaux, à double sens,

l'autre par la caroncule lacrymale avec une seule direction.

Ce passage de Galien semble ne pas avoir été connu par ses successeurs; en tout cas, il n'a suggéré à personne l'idée d'un rapport entre les voies lacrymales d'excrétion et l'aegilops. Galien lui-même n'y a pas songé. Voici ce qu'il dit au sujet de l'aegilops dans le livre « de la composition des médicaments par régions » (4):

Entre l'os du nez et le grand angle de l'œil, il survient quelque chose semblable à un petit abcès. Et il se rompt souvent vers le canthus de telle manière qu'il devient ditiicile à traiter. Il faut le soigner par des médicaments résolutifs qui agissent en dehors de toute action mordante, car les médicaments âcres affectent l'œil. Ce n'est pas la seule cause qui explique la difficulté de thérapeutique de cette affection, mais la partie ne peut pas tolérer l'application des nombreux médicaments liquides qui peuvent être expérimentés; il se produit nécessairement un écoulement de ces liquides vers l'œil, en raison des relations qui existent entre toutes ces parties, et il ne peut supporter pendant un aussi grand nombre de jours ce qui serait nécessaire à la thérapeutique de l'affection. Aussi Appollonius n'a-t-il décrit aucun remède contre l'aegilops. Quant à Archigènes, après une courte liste de produits médicamenteux, il s'adresse à la chirurgie, quoique l'affection ne soit pas du ressort de la pratique chirurgicale, mais de la thérapeutique par espèce.

Galien cite ici Archigènes et Asclépiade. J'ai reproduit leur texte plus haut. Maintenant, voici une série de petits fragments glanés dans Galien à divers endroits. Le premier dans les « Euporistes », livre II, les deux autres dans l'« Introduction ou le médecin »:

L'aegilops est un petit abcès entre le grand angle de l'œil et le nez. Si on le néglige, il se produit une fistule jusqu'à l'os. Avant que l'ouverture et l'ulcération se produisent, je l'appelle anchilops.

On dit qu'il y a aegilops ou anchilops lorsqu'un abcès se produit vers le canthus qui est proche du nez. Il contient du pus, et l'humeur qui se fait jour, imprègne l'os, ou s'écoule vers le canthus, ou vers le nez.

Quant aux aegilops, nous les détruisons en les brûlant par les cautères, mais il y en a qui, au lieu de cautères, perforent l'os avec le trépan céphalique jusqu'au nez.

Galien est le premier auteur où j'ai rencontré le mot anchilops. Il semble même être le premier qui ait nommé ainsi la dacryocystite.

Pour Galien, l'anchilops est un abcès non ouvert entre l'angle de l'œil et la racine du nez. L'aegilops est le même abcès une fois ouvert. Cet abcès peut suivre trois évolutions : vers l'os, vers l'angle de l'œil, vers le nez. Le traitement qu'il applique est le cautère. Il précise en outre que les perforations au trépan, préconisées par Archigènes, vont jusqu'au nez.

ORIBASE, né à Pergame ou à Sardes, aux environs de 325, date du Concile de Nicée, ne nous a laissé, au sujet de l'aegilops, que des recettes pharmaceutiques sans intérêt copiées dans divers auteurs antérieurs.

En 395 l'Empire romain est partagé en deux. La décadence s'accroît. Le christianisme se généralise. Les Barbares pénètrent dans l'Empire, ravagé par des épidémies devant lesquelles les médecins restent im-

puissants. En 476 Rome est prise par les Barbares. Constantinople devient la capitale du byzantisme, et l'Empire d'Orient perd peu à peu son aspect extérieur latin pour devenir purement grec. Alexandrie reste le grand centre d'études médicales.

AETIUS D'AMIDA (6), contemporain de Clovis I^{er}, roi des Francs, vivait à la fin du v^e siècle. C'est pour une part un compilateur, mais il donne les noms des auteurs qu'il cite. En outre, il semble avoir eu des idées personnelles. Au 3^e sermon du 2^e livre, au chapitre 85, il cite Severus pour le traitement de l'aegilops. Sans doute peu satisfait au point de vue chirurgical, il complète en citant sa pratique personnelle.

Chapitre 86 : de la brûlure de l'aegilops.

Chez ceux dont l'affection invétérée a altéré l'os, et chez qui la fistule s'est ouverte dans l'angle, une cicatrice s'étant produite à la surface, on tire cette chair triangulaire qui recouvre et on incise « et angusta sectionis parte ad angulum adaptata », puis on applique une éponge sur l'œil. Porter le cautère sur la section, brûlant jusqu'à l'os pour faire détacher la squame, de telle manière que nous brûlions même les parties obliques dans la cavité de l'ulcère, et surtout les superficielles. Si, en effet, on considère après l'emploi du premier cautère, on voit une petite caverne qui, par un trajet oblique, fournit son humeur à l'ulcère comme une larme. Aussi faut-il appliquer le cautère à cette cavernule. Si l'ustion a été suffisante, on appliquera des lentilles cuites avec du miel. Quand la croûte est tombée, que l'ulcère est détergé,

de l'alun scissile trituré reçu dans un peu de térébenthine liquide sera utilisé en emplâtre introduit dans la cavité de l'ulcère et appliqué également à la surface. Ainsi on déterge, referme les chairs, et donne une bonne cicatrice. Le même résultat est obtenu par le verre bien porphyrisé. Usez-en, vous vous en trouverez bien.

Le traitement employé par Aetius consiste à : ouvrir l'aegilops, protéger l'œil par une éponge et cautériser très soigneusement. Il soigne ensuite la brûlure par les moyens classiques ou le verre pulvérisé, comme Severus. Aetius remarque une petite caverne qui, par un trajet oblique, fournit son humeur à l'ulcère, comme une larme et il le cautérise. C'est le sac lacrymal qu'il ignorait. Nous allons voir que si Aetius n'a pas connu l'existence et le rôle des voies lacrymales, il les a disséquées sans savoir ce que c'était.

Chapitre 87 : de l'anchilops.

Autour de ce même endroit où se produit l'aegilops, se collecte aussi une humeur épaisse ressemblant à du miel ou à de la bouillie, le plus souvent contenue dans une enveloppe, ne provoquant pas de douleur, mais augmentant progressivement. La chirurgie les traite comme les autres athéromes de notre corps. On dissèque la surface, on énuclée et on enlève complètement la membrane d'enveloppe. Après cette ablation, pour que la guérison soit certaine et que l'affection ne se reproduise pas, on brûle latéralement les croûtes par le cautère actuel. Ensuite on traite par des lentilles avec du miel. Quand la croûte est tombée, on use de l'alun avec de la térébenthine, comme il a été dit plus haut, jusqu'à production de cicatrice.

L'anchilops est un abcès (voir Galien), et Aetius nous parle d'un athérome qu'il ne nomme pas anchilops dans le texte. Je me suis demandé s'il n'y a pas là une interpolation qui aurait pu avoir pour auteur soit Janus Cornarius, soit un de ceux qui ont copié le texte grec manuscrit. Comme je n'ai pas consulté le texte grec ni les manuscrits, je suis obligé de rester dans l'indécision. D'après la description des symptômes, on peut voir dans ce prétendu athérome : soit l'ectasie du sac lacrymal, soit la tumeur prélacrymale, suivant qu'on admet ou non qu'Aetius connaissait le reflux du contenu du sac lacrymal par les points lacrymaux. Le traitement est la partie la plus remarquable. Aetius dissèque la surface, énuclée et enlève complètement la membrane d'enveloppe. Nous dirions aujourd'hui que c'est : soit l'extirpation du sac, complète et en un seul bloc, soit l'extirpation de la tumeur prélacrymale, et peut-être tantôt l'une, tantôt l'autre si, comme je le crois, Aetius confond les deux affections.

ALEXANDRE DE TRALLES (7) vivait au milieu du vi^e siècle. Il nous a laissé peu de chose sur l'aegilops. Le remède le plus intéressant qu'il cite est la membrane du roseau, parce qu'il est le plus ancien auteur où j'aie trouvé ce mode de pansement employé. Ce remède aura une grande vogue chez les Arabes.

La membrane interne du roseau que l'on trouve habituellement en cercle autour des nœuds, reçue dans le miel, sera appliquée sur la partie malade, en la changeant quatre fois

par jour. Quand on aura bien expurgé la région, il faut faire des lotions de vin miellé avec une éponge oculaire ; en outre, on utilisera la membrane interne du roseau, et on aura un résultat merveilleux

PAUL D'EGINE est le dernier des grand auteurs grecs. Il vivait au début du VII^e siècle, et par conséquent fut contemporain de Mahomet (Hégire: 622 de notre ère), de Saint Eloi et du bon roi Dagobert. Dans ses sept livres il résume la médecine de son temps. Au livre III (8) il décrit la maladie et indique les médicaments.

De l'aegilops et de l'anchilops. — L'aegilops est un abcès qui s'ouvre entre le grand angle de l'œil et le nez. Si on le néglige, il altère jusqu'à l'os. Mais avant que l'abcès s'ouvre en ulcère, on l'appelle anchilops. On se trouve bien de l'usage du glaucium, du safran appliqués dessus avec du suc de pariétaire qu'il faut fréquemment renouveler.

Autre. — L'épeautre en décoction dans le vinaigre et bien trituré guérit non seulement au début, mais même après passage à la putridité. Il provoque l'ouverture et atteint jusqu'à l'os. Par son emploi, on guérira non seulement les aegilops, mais encore les anchilops.

Autre. — La rue domestique, en dissolution avec de la cendre première, décoctée et appliquée, détruit les aegilops, atteint jusqu'à l'os, a d'abord une action mordante, mais ensuite, ce qui est étonnant, ne laisse aucune cicatrice disgracieuse.

Autre. — Un liquide fait d'escargots avec leurs coquilles, auxquels on peut mêler de la myrrhe et de l'aloès, est utile avant que se produise la transformation putride de l'aegilops. Après son ouverture, il le dessèche.

Autre qui fait bien pour les fistules et les aegilops : huile, litarge et arsenic.

Le VI^e livre (9) traite de la chirurgie. Au chapitre XXII il est question de l'aegilops.

L'aegilops est une tumeur abcessiforme qui vient entre le grand angle de l'œil et le nez. Cette maladie est difficile à guérir tant à cause de la délicatesse des parties que de la crainte motivée par les rapports qu'elle a avec l'œil. Toutefois, si l'abcès s'avance vers la superficie, il faut enlever jusqu'à l'os tout ce qui proémine ; et, dans le cas où la fistule descend vers la joue, nous l'ouvrons tout entière et nous ruginons l'os s'il n'est pas encore carié ; mais s'il est carié, nous brûlons avec des cautères à boutons, en ayant soin de placer sur l'œil une éponge imbibée d'eau froide. Il y en a qui, après l'excision des chairs, se servent d'un trépan pour diriger l'eau ou le pus vers la narine. Quant à nous, nous nous contentons de la cautérisation et nous brûlons avec les cautères propres à l'aegilops, jusqu'au point de détacher une lamelle. Après la cautérisation, nous faisons usage de miel mélangé avec de la farine de lentilles, ou d'écorce de grenadier et des autres moyens siccatifs.

Mais si l'aegilops se porte vers l'angle de l'œil et point du tout vers la superficie, alors avec un pterygotome ou avec un phlebotome, nous séparons les parties situées entre l'angle de l'œil et l'abcès ; nous extrayons du fond les chairs et, ensuite, nous desséchons convenablement. Or, du verre réduit en poussière fine, dont on saupoudre la plaie, dessèche merveilleusement. Il en est de même de l'aloès avec de l'encens.

Paul d'Egine cite la dérivation de l'aegilops vers le nez pratiquée par Archigènes, sans indiquer l'auteur. Il ne paraît pas l'avoir pratiquée lui-même. Il admet quatre directions de propagation pour l'aegilops. S'il se dirige vers la périphérie, il excise jusqu'à l'os tout ce qui proémine. S'il se dirige vers la joue, il rugine

l'os. Ces deux méthodes sont l'équivalent de l'extirpation du sac par lambeaux. Si l'os est carié, il cautérise jusqu'à ce qu'une lamelle s'en détache. Enfin, si c'est vers l'angle de l'œil que l'aegilops se porte, c'est-à-dire s'il y a anchilops ou dacryocystite, il incise et il provoque la montée des chairs, puis il les dessèche avec le verre pilé préconisé par Severus.

Comme médicament, Paul cite les principaux produits vantés par ses prédécesseurs, comme la rue domestique.

L'influence de Paul d'Egine a été très grande, en particulier chez les Arabes, c'est un des auteurs qu'ils citent souvent.

En 640, les Arabes s'emparent d'Alexandrie. Ils demandent au calife Omar ce qu'il faut faire de la bibliothèque de cette ville. Voici la réponse: « Quant aux livres dont tu as parlé, si ce qu'ils contiennent est conforme au livre de Dieu, le livre de Dieu nous suffit; si, au contraire, il est contraire au livre de Dieu, nous n'en avons que faire, il faut les détruire. » En conséquence, on chauffa pendant six mois les bains avec les livres de la bibliothèque. L'Ecole d'Alexandrie fut soudain détruite. La médecine grecque, privée de son centre, ne produit plus que des auteurs médiocres, tels Marcellus et Actuarius qui, pour l'aegilops, ne font que répéter ce qu'avaient dit les auteurs précédents.

La prise d'Alexandrie marque la fin de la grande médecine grecque.

CHAPITRE II

Les Arabes

Les monuments des savants sont les seuls
qui restent, car leurs hauts faits servent de
modèles et sont répétés par de grands esprits
qui les imitent.

(Hadit du Prophète MOHAMMED.)

Au v^e siècle, les chrétiens nestoriens sont chassés de Constantinople. Ils s'enfoncent progressivement en Asie pour fuir les persécutions des Grecs orthodoxes. Des médecins syriens nestoriens ont créé un centre ophtalmologique très célèbre à Djondisabour en Perse. Là, les idées alexandrines ont été mises en relation avec les idées indiennes. Au vi^e siècle, l'école est en pleine splendeur. Les deux grands maîtres sont Théodore et Bourzouih. Tous deux sont nestoriens.

THEODOSE (11), un des auteurs cités par Abou-Bekr-Mohammed-ben-Zakarya-Errazy, peut être : soit Théodocus, médecin des Ommiades, soit Théodore Tsady, traducteur du ix^e siècle, soit Théodore de Djondisabour. J'ai admis cette dernière hypothèse. Voici ce que Rasés nous rapporte de Théodose.

Collyre avec de l'eau pour l'apostème.

On dissout le « *calcado* » dans l'eau. On filtre. On laisse reposer jusqu'à coagulation. On en prend une certaine quantité et de nouveau on broie et recueille dans un vase neuf de terre (creteo). On met ce vase dans un autre vase plein de vinaigre. On obture et lute soigneusement l'orifice et on laisse pendant 15 jours jusqu'à ce que la vertu du vinaigre ait pénétré par les pores du vase et humecté le médicament. Puis on retire celui-ci. On le dessèche, on en fait une pâte, et on l'emploie quand il est besoin en en mettant une petite quantité avec un linge dans l'angle de l'œil (maq-el-aïn).

IOUHANNA-BEN-MASSOUIH (10) (MESUÉ). Ce nom a été porté par deux médecins arabes. L'un du ix^e siècle a surtout été un traducteur du grec en arabe. C'est un des grands maîtres de Djondisabour sous la domination arabe. Il a laissé un « *Livre de la cure des maladies des yeux* » qui a été remanié par son homonyme du xi^e siècle. C'est ce qui explique certaines interpolations.

Voici la partie de l'œuvre de Iouhanna-ben-Massouih l'ancien, contemporain du calife Haroun-Er-rachid et de Charlemagne, qui a trait à notre sujet.

De l'Algarab des yeux () ,
qui est la fistule en le lachrymal de l'œil (**).*

La cure de cette affection doit être commencée par la mondification de la tête et du corps, réitérée jusqu'à ce que

* Gharb-el-aïnin.

** Naçour-a-maq-el-aïn.

soit assurée l'extraction de la surabondance de la matière, ainsi que par l'abstinence et la réglementation en les six choses.

Avant que la maladie ait fait irruption, tu mettras des résolutifs, d'abord quelques-uns des plus doux en leur action, ensuite des plus forts comme l'ammoniaque dissous dans l'huile de noix, les sucs de fenouil, de bdellium. Vers la fin, de l'ammoniaque avec un peu de couperose ou de noix rance broyée.

Après l'éruption, si l'affection est récente, elle appelle un triple régime de curation :

1° — Mondification avec choses modérément abstersives comme l'eau de miel ou le mélicrat ; le mélicrat est plus fort après adjonction d'un peu de rue, ou le miel avec l'eau de rue. Ces choses sont instillées d'heure en heure. Ensuite, sèche le siège du mal, exprime sa matière et administre le duvet qui se trouve à l'intérieur du roseau, particulièrement près de la racine, seul, simplement desséché ou mélangé avec du miel, car c'est un excellent dessiccatif.

2° — Apposition de médecines incarnatives et médiocrement dessiccatives, comme sont l'aloès, la myrrhe, le sarco-colle, le sang de dragon, le chamædrys, l'aristoloche, l'encens et leurs semblables, et particulièrement après expression de la plaie et mondification et ablution d'heure en heure avec du vin styptique. Certains prétendent que la rue est chose admirable dans cette affection : mise en emplâtre, elle guérit et détruit ses derniers vestiges.

3° — Emploie des consolidatifs, médiocrement dessiccatifs comme sont les collyres que nous dirons ensuite.

Si l'affection se prolonge et s'enracine, alors interviennent cinq genres de curation :

1° — Ecarte tout ce qui est contre nature, comme chair corrompue et sanieuse, avec Rp : Colcothar (vitriol calciné), arsenic, sel ammoniac, couperose al-haraf, alun ; de chaque

une partie ; chaux vive, deux parties. Broie dans un vase de cuivre avec de l'urine d'enfant, laisse dessécher et emploie. Si l'affection persiste et si la corruption gagne en profondeur et altère la surface osseuse, alors tout ce qui est atteint doit être gratté et enlevé jusqu'à ce qu'apparaisse l'os sain.

2° — Arrêter le flux habituel de matière avec les choses dont nous avons traité au chapitre du catarrhe et au chapitre précédent du flux des larmes.

3° — Mondification et abstersion avec choses déjà dites, auxquelles on ajoute cependant quelques médecines aiguës adoucissantes comme l'onguent aegyptiacum avec un peu d'aloès et d'oliban.

4° — Administration d'incarnatifs non exfoliatifs comme le ziniar, la couperose et leurs semblables.

5° — Sigillation et consolidation avec choses déjà dites.

Si ainsi tu n'arrives pas à guérison, alors tu auras recours au cautère dont le mode d'application est tel : incise longitudinalement jusqu'à l'os. Si l'os apparaît sanieux et pourri seulement dans sa surface, gratte et enlève tout ce qui paraît malade de cette surface et cure ensuite avec médecines incarnatives. Mais si une notable quantité de l'os paraît corrompue, cautérise au mieux et suffisamment tout ce qui est corrompu.

Il en est qui perforent l'os pour ce qu'il y aurait déjà fistule en lui, mais cela réussit rarement et comme par hasard. Nous avons traité quelquefois ainsi. Peu ont guéri, mais nous ne le négligeons pas à l'occasion.

Quand tu fais cautère ou mets médecines aiguës dans les fistules de l'œil, que l'œil soit poussé en dehors et protégé avec des compresses faites d'éponges trempées dans l'eau froide, ou le suc de solatrum (la morelle) et de pourpier et fréquemment changées.

Iouhanna-ben-Massouih imite d'assez près Paul d'Egine. Traitement médical avant l'ouverture. Après l'ouverture, traitement médical à deux degrés. En cas d'échec, incision jusqu'à l'os. Suivant l'état de corruption de l'os, grattage et traitement médical ou bien cautérisation actuelle. En outre, notre auteur reprend la dérivation vers les fosses nasales. Il semble être le premier qui l'ait pratiquée depuis Archigènes.

Au ^x^e siècle, un homonyme de notre auteur a ajouté quelques recettes pharmaceutiques. Deux formules du célèbre dikhbardikh d'Abou-Bekr-Mohammed-ben-Zakarya-Errazy où le verdet de cuivre (vert-de-gris) figure tantôt sous le nom de ziniar, tantôt sous le nom de fleurs de cuivre. Une recette de Dioscoride et une formule de Gabriel (probablement Djabril-ben-Bakhtichou) que nous allons rapporter.

DJABRIL-BEN-BAKHTICHOU (10-11) est contemporain de Mesué, de Charlemagne et d'Haroun-Errachid. Je n'ai trouvé de lui que des fragments dans divers auteurs.

Iouhanna-ben-Massouih cite deux de ses préparations contre le gharb.

Sief de memithe, chamædrys, écorces d'encens, myrrhe, aloès, sarcocolle, couperose, aristoloche ronde, àà ; réduis en alcool.

Myrrhe, aloès, écorces d'encens desséchées, àà ; emploie continuellement avec eau altaraxacon.

Voici les médicaments que cite Abou-Bekr-Mohammed-ben-Zakarya-Errazy :

On guérit la fistule en la remplissant de poudre de myrte ; on la guérit aussi par des noix rances.

ABOU - ZÉID - HONÉIN - BEN - ISHAQ - EL - IBADY (11), le JOHANNITIUS du moyen-âge, est la plus grande figure médicale du IX^e siècle. Contemporain de Louis le Débonnaire et le Charles le Chauve, c'est un excellent traducteur du grec en arabe. Son influence a été très considérable au moyen-âge, surtout en ophthalmologie. Malheureusement, son « *Livre de l'œil* » est perdu et nous n'en avons que des fragments. Voici ceux que nous rapporte Abou-Bekr-Mohammed-ben-Zakarya-Errazy :

L'apostème du lacrymal est une exiture qui siège entre l'angle et les narines, qui dérive parfois son ouverture vers l'angle et qui, si elle n'est pas traitée, devient fistule ; l'os est corrompu, et il est possible que la putridité flue dans les narines. Il peut y avoir sortie sous la peau de la paupière et corruption du cartilage, et quand on presse au-dessus de l'angle on fait sortir la putridité.

La glandule est l'augmentation de la carnicule (caroncule lacrymale) qui existe sur l'orifice entre les yeux et la narine, qui s'écarte de sa grandeur moyenne.

La résudation se produit lorsque cette carnicule est diminuée, qu'elle n'empêche pas les humeurs de couler vers les yeux, ne les expulse pas vers les narines et qu'elle est diminuée soit par une éradication excessive de la glandule, soit

par l'application superflue de médications aiguës dans la cure de l'ungule et du trachome (*Jerab-el-aïn*).

La cure de la résudation et de la glandule est traitée dans la cure des petites maladies des yeux.

Traitement de l'apostème lacrymal. — On le traite au début comme on traite les apostèmes au chapitre de la prévention et de la résolution des apostèmes. Si on n'obtient pas de résultat, on doit insister sur les médications résolutive, suivant le traitement des pustules, comme il a été dit. On se sert quelquefois d'une application de mémithe, safran, feuilles de rue avec lessive, marrube avec toutes ses parties, myrrhe et aloès.

Abou-Zéïd-Honéïn-ben-Ishaq-el-Ibady nous décrit, sous le nom d'apostème lacrymal, la dacryocystite. Il dit qu'avec le temps, elle se transforme en fistule. Il admet une possibilité d'écoulement de la sanie vers les fosses nasales. Il signale le reflux de la putridité par compression de l'apostème.

Notre auteur traite l'apostème lacrymal comme les apostèmes ou les pustules ordinaires, et il renvoie aux chapitres correspondants. Il ne situe pas la dacryocystite dans les voies lacrymales qu'il connaissait et auxquelles il attribue un rôle dans la production de la « *résudation* » (épiphora), la caroncule lacrymale ne chassant plus les larmes vers les fosses nasales et les laissant aller vers les yeux.

ABOU - BEKR - MOHAMMED - BEN - ZAKARYA - ERRAZY (11-12), plus connu sous le nom de Rasés, est le grand médecin arabe du x^e siècle. Il est con-

temporain des derniers Carolingiens, Charles le Simple et Louis d'Outremer. J'ai consulté deux de ses livres, le *Haouy* (Continent) et le 9° livre du *Mansoury* (9° à Almansor).

Le chapitre du *Haouy* qui nous intéresse est un amas informe de citations, d'observations personnelles où les redites abondent.

Galien est cité tantôt pour le « *Miamir* », tantôt pour le « *Katadjéné* », tantôt pour d'autres livres. *Paul d'Egine* est cité à trois reprises, ainsi qu'*Archigènes*. *Antyllus* et *Dioscoride* sont cités deux fois et *Oribase* une seule.

Les auteurs arabes cités sont *Abou-Zéid-Honéin-ben-Ishaq-el-Ibady*, *Théodose* et *Djabril-ben-Bakhtichou* que j'ai reproduits, *Saher* et *Ben-Talaous* qui n'en valent pas la peine.

En outre, nous trouvons cités des livres sans nom d'auteur : le *livre de l'accident et de la maladie*, le *livre des maladies* et un *livre persan*.

Haouy — II° livre, de oculis — Les maladies du « *maq-el-aïn* » (*).

Voici ce qui a trait à la description de la maladie :

Il y a trois espèces de maladies dans les angles de l'œil : la glandule, le flux et le gharb.

La glandule est l'addition d'une chair superflue qui se produit dans le grand angle au delà de la quantité naturelle.

Le flux est le larmolement qui survient par la diminution de la dite chair. Quand elle diminue, les têtes des orifices s'ouvrent, orifices qui sont entre les deux yeux et les narines.

* Grand canthus.

Ils n'arrêtent pas les humidités qui coulent vers les yeux. Le fait survient par l'impéritie des médecins qui ont incisé la glandule ou par l'application de médicaments aigus et incisifs sur l'ungule ou sur le trachome (*Jerab-el-aïn*).

Le gharb est un abcès entre l'angle et les narines, et il est possible qu'il se produise une fistule (*naçour*).

Lorsque la carnicule qui est dans le grand angle s'augmente, elle empêche les superfluités des yeux de couler dans les narines. Elles se cachent là, et il en résulte des apostèmes des angles.

Notre auteur imite d'assez près Abou-Zéid-Honéin-ben-Ishaq-el-Ibady pour la description de la maladie, sauf le dernier paragraphe qui est un résumé de l'opinion du *livre de l'accident et de la maladie*. Ce dernier paragraphe montre un rapport entre la glandule (encanthis), la stagnation des larmes et l'apostème des angles.

Les divers traitements, dans notre auteur, sont dispersés sans ordre. Nous allons les regrouper et les classer.

Traitements médicamenteux.

Pansement au suc de caroube de Nabat fraîche.

L'ellébore noir d'après Ben-Talaous.

Instillation dans l'angle d'eau de mirobalans employée pour les frictions (conseillée à Sedigh-ben-Sehith, orfèvre).

Le pansement simple pendant trois jours, suivi de frictions pour le « petit apostème de l'angle » (forme légère observée sur Ben-Saad).

La pâte de myrrhe, essayée avec succès par un de ses amis.

L'aunée, qui engendre la chair sur les os dénudés.

La pâte de solastrum en emplâtre sur l'apostème des angles ou son suc mêlé avec du pain.

Rp : Gomme arabique, 11 partie ; myrrhe, 3 parties ; en faire une pâte avec du fiel de bœuf, en remplir la région. Il adhère et on le laisse en place jusqu'à la guérison.

Triturer la gomme de lentisque domestique avec un peu de graines de lin, en faire un onguent dont on remplira la fistule (cité par Saher).

Rp : Aloès, sarcocolle, terre de meimthe, encens, vitroleum brûlé, myrrhe ; broyés et appliqués dans l'angle.

L'application de pulpe de coloquinte avant la putridité et après en remplir l'apostème.

Les racines de câprier, préconisées par les Chusi (habitants d'une province de Perse).

La trituration de « *mesch* » (?), appliquée sur l'apostème, vantée par les Indiens.

Abou - Bekr - Mohammed-ben-Zakarya-Errazy avait préparé une spécialité pharmaceutique pour les yeux : le *Dikhhbardikh*. D'après Kurt Sprengel, elle comportait le vert-de-gris, les grenats, l'alun, le sang-dragon, l'aloès et le sarcocolle. Kurt Sprengel rapporte cela d'après Théodoric. Voici ce qu'en dit le véritable auteur :

Je dis que le traitement des fistules qui surviennent dans les yeux est le remède aigu *Dikhhbardikh* au verdet de cuivre, et si on en fait un sief, il sera des plus efficaces.

Il semble que cette spécialité avait plusieurs formules. En voici une qui est fournie par Iouhanna-ben-Massouih (Mesué le Jeune) et par notre auteur dans le 9^e livre du Mansoury. C'est l'application en sief.

Nous appliquons une médication qui permet au malade de paraître sain de longs mois, la voici :

Rp : Aloès, encens, sarcocolle, sang-dragon, balauste, antimoine, alun ; àà 1 drachme ; ziniar 1/4 de drachme. On en fait un sief.

On exprime la fistule, le malade se couche sur le côté sain. On verse le sief avec de l'eau, 3 ou 4 gouttes lentement, versées isolément. Le sujet reste couché 3 heures. Chaque matin même opération pendant une semaine. La région restera sèche pendant des mois.

Il y avait plusieurs formules, entre autres :

Rp : Aloès, sarcocolle, sang-dragon, myrrhe, encens, balauste, bol d'arménie ; àà drachmes V ; ziniar, drach. II 1/2 ; cadmie d'argent, drach. X. Fais un sief.

Et un autre mode d'emploi, comme caustique :

On traite en introduisant l'onguent Dikhbardikh avec une sonde. Pour cela on frictionne la fistule avec un linge de lin et on introduit alors la sonde.

D'après Kurt Sprengel, Abou-Bekr-Mohammed-ben-Zakarya-Errazy aurait pratiqué des injections avec de petites canules qui servent à pousser de l'eau de mirobalans, et d'autres produits, en particulier le Dikhbardikh. Voici le texte dont il s'agit :

Prendre 12 onces de verdet de cuivre, 6 onces de galbanum, en faire un sief et l'appliquer ou appliquer vitriolum et miel.

Je dis que ce traitement doit être fait après clystérisation de la fistule que l'on remplit ensuite.

Le traitement par la médication aiguë est préférable car c'est elle qui est la vraie et qui procure l'éradication.

Le traitement préconisé consiste à laver la fistule et à la remplir d'un mélange de galbanum et de vert-de-gris. Il n'est pas dit que ce remplissage se fasse à la seringue. La clystérisation ne passe pas par les points lacrymaux et il reste à savoir si l'embout de la seringue pénétrait dans l'ouverture externe de la fistule ou s'il y avait simplement lavage externe. Notre auteur se déclare partisan de la médecine aiguë (le Dikhbardikh) de préférence à l'autre méthode.

Traitements chirurgicaux.

Il y a deux traitements principaux : 1° la perforation combinée avec la cautérisation et 2° la cautérisation sans perforation.

1° — On fait une large ouverture pour bien se reconnaître dans l'opération. Cette ouverture doit porter sur la partie inférieure et non sur la supérieure, parce que c'est là qu'est l'orifice qui sert à l'olfaction. Dans la supérieure, il n'y aurait pas d'utilité. Par l'ouverture, on cherchera avec le doigt dans la profondeur vers les narines autant que possible la région cartilagineuse et osseuse. Il faut prendre bien soin de ne pas dévier vers les yeux, parce que les tuniques vitreuses seraient facilement coupées et que l'humeur des yeux s'écoulerait. La perforation locale se fera avec assez de force pour que le sang sorte des narines et de la bouche, et on reconnaîtra ainsi que cette perforation est au bon en-

droit. On brûle ensuite avec l'instrument. Il doit être assez chaud pour que le bord entre en ébullition sous l'influence de la chaleur. On s'y reprendra à 3 fois. Ensuite, on applique un plumasseau (bombyx) trempé dans l'huile de sésame, jusqu'à chute des parties brûlées et on traite ensuite avec l'onguent jusqu'à pleine libération.

2° — Voici un traitement, que j'ai découvert et que j'ai éprouvé chez un patient.

Il survient une fistule aux yeux. On incise le gonflement, on dilate et on brûle ensuite. S'il n'y a pas de gonflement, on fait des onctions sans compression pendant 2 ou 3 jours, jusqu'à ce que se produise la collection de la putridité et qu'elle sorte nettement du lieu de l'incision. On laisse la région sans y toucher pendant quelques jours jusqu'à ce qu'on voie bien où l'on doit inciser et modifier. On remplit alors avec le remède et la cure s'opère ainsi. On laisse pendant quelques jours, sans comprimer, jusqu'à ce que la région à inciser fasse saillie, puis on ouvre avec un phleboto-me à peu de profondeur. Avec l'instrument de fer on modifie en cercle les mauvaises chairs et on parvient jusqu'à l'os. Ensuite on brûle suivant l'importance de la région modifiée. Avant l'ustion on applique sur les yeux une pâte refroidie dans la neige. On la renouvelle souvent si elle se réchauffe. Au moment de l'ustion, on éradique complètement la fistule ou la callosité avec ses racines.

Dans un autre fragment que je ne cite pas, notre auteur proportionne la brûlure au degré de corruption. Il indique un « truc » pour reconnaître ce degré.

Pour reconnaître si l'os est corrompu ou non, on touche avec le tranchant de l'instrument. S'il glisse sur l'os, la région est lisse et l'os sain. S'il y a des aspérités ou une perforation l'os est corrompu.

Le premier traitement est une combinaison assez curieuse de la dérivation vers les narines (cfr. Archigènes) et de la cautérisation actuelle. Le deuxième traitement est remarquable parce que là notre auteur montre avec une grande netteté qu'il considère le « gharb » comme un simple abcès qu'il laisse collecter avant de l'inciser. La protection de l'œil est assurée par une pâte refroidie dans la neige.

ABOUL - CASSEM - KHALEF - BEN - ABBAS - EZZAHRAOUI, appelé ABULCASIS par les médecins du moyen-âge chrétien, est le grand chirurgien de la période arabe. Tandis que les médecins précédents étaient des Persans, notre auteur vivait au temps de Hugues Capet et de son fils Robert, en Andalousie. Je n'ai pu consulter de son œuvre que la « Chirurgie » (13).

Livre I^{er}. — Chapitre XVII. — De la cautérisation dans la fistule qui est à l'angle de l'œil ().*

Si vous avez traité sans succès une fistule lacrymale par les moyens que nous avons indiqués dans la nosologie, vous devrez cautériser de la manière suivante :

Placez la tête du malade sur vos genoux et faites là maintenir par un aide, afin qu'il ne s'agite et ne se déplace pas. Appliquez sur l'œil un morceau de coton, imbibé de blanc d'œuf ou de mucilage de psillium et faites chauffer un cautère de cette forme.

Il y a une figure qui représente le cautère.

* Naçour-ellédi-fi-maq-el-aïn.

Le cautère sera percé d'une cavité, comme une petite plume d'aigle, à celle de ses extrémités qui doit servir à la cautérisation. On peut prolonger la cavité dans l'autre bout ou bien le laisser plein à l'instar d'un stylet : cependant il vaut mieux que la cavité règne par toute l'étendue de l'instrument.

On presse sur la fistule, si elle est ouverte, pour en faire sortir la matière et on l'essuye. Si elle n'est pas ouverte, on l'ouvre et on en fait sortir le pus. On applique alors le cautère bien chauffé et on appuie avec la main jusqu'à ce qu'on ait atteint l'os. Pendant l'opération il faut écarter un peu la main de l'œil, l'appuyer sur le nez, et prendre garde que l'on ne fasse fausse route ou que le malade ne bouge, ce qui pourrait faire tomber la cautérisation sur le globe oculaire et le blesser gravement. Si dès la première application du cautère, vous atteignez jusqu'à l'os, tant mieux : sinon vous devrez recommencer une seconde fois l'opération, s'il est nécessaire. Laissez ainsi quelques jours, ensuite placez sur l'endroit un morceau de coton enduit de beurre et pansez avec un onguent dessiccatif jusqu'à la guérison.

Si, après quarante jours, le malade n'est pas guéri, appliquez une substance caustique qui mette à nu l'os que l'on ruginera, comme il sera dit en son lieu.

Il est encore un procédé de cautérisation rapporté par quelques anciens. Il consiste à chercher la fistule, à l'inciser et à y faire pénétrer un petit entonnoir de cette forme.

Il y a deux figures qui représentent l'entonnoir. L'embout de l'un est conique, l'autre cylindrique.

On versera dedans un drachme de plomb fondu. La main devra maintenir parfaitement la canule et le malade garder une immobilité complète, afin que le plomb fondu ne coule pas dans l'œil. On appliquera sur l'œil un morceau de coton imbibé de blanc d'œuf ou trempé dans l'eau. Le plomb brûle

la fistule et la guérit merveilleusement. Il se peut que l'on guérisse par ce procédé et le traitement consécutif. Dans le cas contraire, il faut perforer le nez et y donner un écoulement à la fistule, comme il sera dit en son lieu.

Livre II. — Chapitre XIX. — Fistule de l'angle de l'œil. Son rétablissement vers le nez (1).

Ce que nous appelons Richa (2), les médecins l'appellent fistule. Si vous l'avez traitée inutilement par la cautérisation et les caustiques, ainsi que nous l'avons établi précédemment, il ne vous reste plus d'autre ressource que d'inciser la tumeur au moment de sa maturité, et d'en faire sortir toute l'humeur ou le pus qu'elle renferme, au point de mettre l'os à découvert. Une fois que vous l'avez mis à nu, si vous y apercevez des portions cariées ou nécrosées, il faut le ruginer avec un instrument ainsi fait. C'est cet instrument qu'on appelle la tête rude (3). Il doit être fabriqué de fer indien, avoir la tête arrondie comme un bouton et creusé de cannelures fines, comme la lime ou l'instrument asclopadj (4). Appliquez cet instrument sur la portion d'os altérée ; faites pivoter l'instrument entre vos doigts en appuyant un peu, jusqu'à ce que vous ayez la certitude que la partie altérée a été ruginée. Recommencez à plusieurs reprises, et pansez avec des médicaments dessiccatifs et astringents. Si la plaie se cicatrise, s'il y pousse des chairs, si l'écoulement purulent se tarit, et que cette amélioration dure quarante jours sans récidive, sans tuméfaction, ni douleur, sachez qu'il y a guérison.

Si les choses ne se passent pas ainsi vous n'avez plus d'au-

(1) Firod derrickhat ila el anf.

(2) Plume.

(3) Voir la note « Tête rude ».

(4) Voir la note « Ascolopadj ».

tres ressources que de rendre à la fistule un écoulement par le canal nasal (1). Telle est la manière d'opérer.

Mettez de nouveau l'os à nu par l'instrument tranchant ou par les caustiques, et prenez un perforateur de cette forme.

C'est une lame en forme de pyramide triangulaire très effilée avec un manche cylindrique.

L'une des extrémités en fer sera triangulaire ; l'autre en bois sera faite au tour et amincie au bout, ainsi qu'il est représenté.

Appliquez l'instrument sur l'os lui-même, près de l'angle de l'œil, et en écartant la main un peu de l'œil, faites pivoter le perforateur avec la main jusqu'à ce qu'il traverse l'os, ce dont le malade s'apercevra au signe suivant, à savoir qu'il sentira l'air s'échapper par cette ouverture en mettant la main sur les narines. Ramenez alors la partie à son état normal par l'emploi de médicaments dessiccatifs et astringents, comme on l'a dit. Quand les chairs auront poussé et, que l'endroit se sera consolidé, l'écoulement purulent qui se faisait à l'extérieur se reportera vers le nez et le malade sera soulagé.

Je n'ai pas retrouvé la nosologie de notre auteur et je suis obligé de passer sous silence la description de la maladie et sa thérapeutique par les médicaments. Toutefois, il semble qu'on peut en avoir un reflet en lisant celle d'*Alcoatin*, qui copie notre auteur de très près.

Aboul - Cassem-Khalef-ben-Abbas-Ezzahraouy em

(1) Il ne s'agit pas du canal nasal mais des « Tuyaux des narilles » (cfr Guy de Chaulhac), les fosses nasales.

ploie quatre méthodes de traitement chirurgical, dont trois copiées dans Paul d'Egine ou dans Iouhanna-ben-Massouih : la cautérisation simple, la rugination, la dérivation vers le nez ; une autre, empruntée à Archigènes, qui lui-même avait eu des prédécesseurs : c'est la brûlure au plomb fondu.

La cautérisation simple est assez originale à cause de la forme de l'instrument. C'est de ce cautère percé qu'Alcoatîn a tiré sa canule pour protéger l'œil. Toutefois, dans notre auteur on ne voit pas très bien pourquoi le cautère est percé, surtout quand on nous dit qu'il peut ne l'être que d'un seul côté.

La brûlure au plomb, pratiquée pour la première fois par un médecin grec et indiquée par Archigènes, est reprise par Aboul-Cassem-Khalef-ben-Abbas-Ezzahraouy, qui en précise la technique mais ne l'a peut-être jamais appliquée.

La rugination est curieuse parce que l'instrument employé prête à discussion sur sa forme : cela revenait à une extraction du sac par lambeaux.

La technique de la dérivation vers les fosses nasales est indiquée avec assez de détails. Le symptôme qui marque la réussite de l'opération (souffle du patient qui sort par l'orifice créé) est mieux choisi que dans Abou-Bekr-Mohammed-ben-Zakarya-Errazy (sang qui sort par le nez et la bouche).

ISSA-BEN-ALI (14) est un médecin de l'Irak contemporain d'Aboul-Cassem-Khalef-ben-Abbas-Ezzahraouy, du second Iouhanna-ben-Massaouih (Mesué le

Jeune) et d'Abou-Ali-al-Haseyn-ibn-Sina. Il nous a laissé un livre sur les yeux ; voici la partie qui nous intéresse :

Tedkirat-el-Kakhalin

Chapitre 34 : du gharb et de son traitement

La description est fortement imitée d'Abou-Zéïd-Honéïn-ben-Ishaq-el-Ibady, dont tous les auteurs arabes se sont inspirés, au moins ceux qui sont voisins de la Perse. Sauf la description d'une forme spéciale :

Il faut savoir que dans le gharb, il ya une forme qui ne se dirige pas à l'extérieur, et où il n'apparaît pas d'apostème, et une autre qui se dirige vers l'extérieur et où on voit le gonflement. Celui qui ne va pas dans la profondeur ne corrompt pas l'os. Celui qui va dans la profondeur altère l'os et peut altérer tout l'os du nez. Celui qui va vers l'extérieur est de guérison facile surtout s'il n'y a pas de passage à la chronicité et s'il n'a pas atteint l'os.

Le traitement de cette maladie comporte 3 modes. Ou bien avec des médicaments, procédé moins actif que les autres car il faut traiter l'affection avant sa maturation, sinon, comme je l'ai dit, il y a fistule et altération de l'os. Ou bien par le cautère. Ou bien par la perforation.

Je commence d'abord avec les médicaments simples et composés et je dis qu'il faut traiter cette affection avec la médication de l'apostème. Par exemple : purger le corps avec une phlébotomie céphalique, tirer du sang suivant l'âge et la force, et même, si on peut, donner quelque médecine laxative.

Notre auteur indique, en plus, deux ou trois collyres.

Ces produits seront administrés avant l'ouverture de l'apostème.

Après l'ouverture, on prendra la « noix indienne », on la triturerà et on en fera un emplâtre curatif.

Il y a encore ici des médicaments : la farine d'« *ysari* » (espèce de blé), l'huile de noix, la myrrhe, le myrte, le verdet en « lessive » (p), la pulpe de coloquinte, la rue domestique citée d'après Paul, les limaces tritурées avec l'aloès et de la myrrhe.

En général il est meilleur et préférable d'entreprendre la guérison avec le fer et ne pas attendre la maturation.

Si l'os a été atteint on le reconnaîtra à ce qu'il est âpre quand on l'a touché avec une *tente*, ou au contraire il est sain quand il est lisse.

La cautérisation est imitée d'Abou-Bekr-Mohammed-ben-Zakarya-Errazy, sauf qu'Issa-ben-Ali protège l'œil avec une pâte froide et un linge froid, et qu'il préfère le cautère aux caustiques.

Si tu veux traiter suivant la 3^e méthode, c'est-à-dire la perforation, il faut utiliser une « *tente* » ou un instrument adapté à cette fin comme est une grosse alène à tête ronde et pointue. On fera la perforation avec cet instrument vers la partie du nez, on l'applique avec force en faisant un mouvement de vrille jusqu'à ce que le sang sorte du nez et de la bouche. On prendra garde de ne pas perforer trop haut, l'instrument tombant dans l'orifice qui est entre l'œil et le nez, parce qu'il n'y aurait pas d'utilité ; il faut appliquer la main du côté de la narine et non du côté de l'œil pour ne pas porter atteinte à ses tuniques. Quand le sang sort de la narine on a pénétré. Il faut alors une « *tente* » plus fine que la première, l'envelopper de coton sec, entouré lui-même d'em-

plâtre de verdet, de beurre ; ou enfin le coton seul. Il ne faut pas qu'il y ait consolidation au-dessous de la partie altérée, si cette consolidation se produit, employer la tente à nouveau de manière que le fond de la plaie ne se consolide pas.

Issa-ben-Ali imite Abou-Bekr-Mohammed-ben-Zakarya-Errazy pour la dérivation vers les fosses nasales, mais il cautérise avec des caustiques au lieu d'employer le cautère.

Il le copie aussi pour le traitement de l'apostème peu évident (pansement laissé en place deux ou trois jours pour collecter la sanie).

ABOU-ALI-AL-HASEYN-IBN-SINA, appelé par les latins AVICENNE, a traité toute la médecine connue de son temps dans le « *Kitabou-al-Kanouni* » (15), que l'on traduit par « Canon » (16). Voici ce qui nous intéresse :

Du gharb et des abcès des lacrymaux. — Chapitre XIV. — Livre II. — Traité III.

Tantôt l'exiture sort au « *Maq-el-aïn* » (*) pour sourdre à l'extérieur. Tantôt c'est une dureté mobile au toucher qui ne s'ouvre pas et qui est de la nature des glandes. Le plus mauvais fait saillie au « *maq-el-aïn* », on le repousse et on le fait disparaître par la compression, l'ophtalmie s'en accroît. Parfois l'exiture est bothorale, se collecte et s'ouvre, et quand elle s'ouvre, elle fait une fistule. Les deux formes ont ceci de commun qu'elles sont mobiles au toucher, diminuent ou augmentent par la pression. Parfois le bothor tend vers la

* Voir la note « *Grand canthus* ».

profondeur et ne fait pas saillie au dehors, mais le prurit le signale et la main finit par le déceler.

Le gharb est la fistule survenant dans l'angle domestique de l'œil et succède d'ordinaire à son exiture et au bothor qui apparaît en ce lieu. Il y a rupture, il se produit une fistule, et cette exiture avant de s'ouvrir s'appelle « *akilous* » (*).

La région est très grêle de substance, il apparaît de l'intérieur jusqu'à l'extérieur comme une cavité que l'on trouve du côté de l'os du nez et du côté de l'œil (**).

Après l'ouverture, il y a une pénétration descendante et la consolidation est difficile, car la région est humide avec des mouvements continuels dans cette humidité, et c'est pour cela qu'il se produit une fistule.

L'ouverture se fait parfois à l'extérieur, parfois à l'intérieur ou parfois dans les deux sens. Souvent cette ouverture se fait vers le nez vers lequel elle se dirige. Parfois le caractère malin de la sanie attaque l'os, le noircit, corrompt les cartilages de la paupière. L'œil se remplit d'une sanie que l'on peut faire sortir par la compression.

Traitement (Chapitre XV)

Le gharb est une maladie chronique et plus bénin est celui qui est plus récent. En effet, le plus récent peut se guérir avec des médicaments simples que nous allons exposer. En revanche, le traitement des formes chroniques nécessite le cautère.... ou à défaut un traitement comme le « *Dikhbardikh* ».

Il y a toute une série de médicaments :

Un collyre Algharb dont le mode d'emploi rappelle le *Dikhbardikh* en sief.

* Transcription en arabe du grec *anchilops*.

** Serait-ce la gouttière lacrymale ?

Un autre collyre à base d'arsenic rouge, noir de cordonnier, cantharides, chaux, sel ammoniac, alun, le tout dilué dans l'urine d'enfant.

Le sel ammoniac.

Le « *merubegi* », plante que je n'identifie pas.

La noix rance. — La rue. — L'eau de cendre.

Après l'ouverture on emploie :

La bourre de roseau. — Le memithe. — Le safran. — Les escargots. — La myrrhe. — L'aloès. — Le « *guadaï* » (?) brûlé. — L'infusion de sumac.

Médicaments qui font ouvrir l'exiture :

L'emplâtre fait de pain, de semence de « maru » (?) et l'encens avec du lait de femme.

Le safran avec de l'eau de roquette.

La gomme arabique confite dans du fiel de bœuf.

Il cite le miel mâché employé par les Indiens.

La limaille de cuivre. — Le sarcocolle. — Les écorces d'encens broyées.

Quand l'os est atteint et qu'il n'y a pas d'amélioration par les médicaments, il faut fendre, découvrir l'intérieur et enlever la chair morte jusqu'à ce qu'on arrive à l'os et la règle à suivre alors se présente sous trois modes.

Si l'os est sain on l'essuye.

S'il y a une noirceur sur l'os, on emploie les médications consolidantes. On applique, panse et attend.

Mais si la situation est encore pire, il faut employer le cautère. Faire un trou à l'os pour que le cautère puisse pénétrer dans les cavités les plus profondes, sans inclinaisons vers le nez ni vers l'œil. On évitera d'entraîner ou d'extraire la conjonctive. On l'évitera du côté du nez dans la profondeur, de telle manière que l'on pénètre dans la région par un pertuis, ou 3 petits pertuis qui donneront passage au sang et

finally on cautérise avec précaution de manière à ne pas toucher l'œil. On cautérise, on pulvérise et on fait un pansement au linge.

Le médicament de Rasés (Dikhhardikh پ) est parmi les bonnes préparations dans l'espèce. Quand on emploie le cautère, on pulvérise ce médicament et on dispose sur l'œil lui-même une éponge imbibée d'eau froide ou une pâte refroidie par de la neige renouvelée chaque fois qu'on supposera qu'elle s'est échauffée.

Abou-Ali-Al-Haseyn-ibn-Sina décrit sous le nom d'exiture la dacryocystite, qu'il appelle *akilous* avant la transformation en fistule (*gharb*). Il semble décrire la gouttière lacrymale. Il attribue la fistulisation à l'humidité de la région et à ses mouvements continus. Il a observé le reflux de la sanie dans l'œil.

Le traitement médicamenteux est imité d'Abou-Bekr-Mohammed-ben-Zakarya-Errazy. Le traitement chirurgical indiqué comporte la dérivation vers le nez, complétée par la cautérisation d'abord au cautère, ensuite aux caustiques (Dikhhardikh). La protection de l'œil étant assurée par une pâte froide.

ABOU - MEROUAN - ABD - EL - MALEK - BEN - ABIL - OLA - BEN - ZOHR (17), plus connu sous le nom d'AVENZOAR, était contemporain du roi de France Louis VII le Jeune et vivait en Andalousie en 1162. Voici la partie de son œuvre qui a trait à notre sujet :

*Teysir. — Livre I^{er}. — Traité VIII. — Chapitre 10.
— De la fistule des lacrymaux (*).*

Il y a une maladie qui survient habituellement après l'apostème du lacrymal et qui s'ouvre dans le lacrymal. S'il y a paresse et négligence dans son traitement elle altérera l'os. L'apostème se rompra et il s'ouvrira dans le nez d'où la sanie s'évacue. *Il peut aussi arriver que le dit apostème se rompe dans les tuniques de l'œil qui sont alors altérées.*

Le traitement est d'évacuer le corps par la phlébotomie et la purgation. La yera pigra (hiera picra) sera suffisante.

Quand il y a un orifice ou une petite fistule, il faut y toucher avec précaution, mais on doit introduire dans cet orifice un médicament.

Rp : Encens brûlé et pulvérisé détrempé dans l'eau de rose jusqu'à ce que le mélange soit parfaitement noir. Filtrer et instiller dans l'orifice journellement jusqu'à libération.

Si le malade est un enfant ou une femme, craindre et être réservé. L'encens en question doit être brûlé en ajoutant de la poudre de papier brûlé.

Si le malade est d'une complexion âpre, dure et terrestre, au médicament susdit on doit ajouter du noir de fumée ou de la suie, en détrempant avec de l'eau de rose et en filtrant comme il a été dit jusqu'à entière libération.

Si la sanie sort par les narines, on emploiera le suc de grande centaurée ou le marrube jusqu'à dessiccation.

Si la dite sanie émane du dessous de l'œil, nous jugeons la situation grave et périlleuse, on doit dans ce cas purger deux fois avec les substances déjà mentionnées.

En outre, d'une manière générale, il faut que la tête soit inclinée vers la partie antérieure et ne pas reposer en arrière dans la position dorsale pour que la sanie ne revienne pas vers le cerveau.

On comprime l'œil doucement avec les doigts jusqu'à ce

* Naçour a inaç el aïn.

que la sanie entière ait trouvé issue tout en faisant sur l'œil le traitement décrit ci-dessus et en lui appliquant l'emplâtre styptique et confortatif fait de roses, de balaustes vraies, mêlées avec de l'eau de rose, corrigeant la stypticité des balaustes vraies avec un mucilage citrin pour moitié. On continue jusqu'à libération.

Le traitement préconisé est essentiellement médical. La seule partie intéressante est la description d'une complication : la rupture de l'apostème dans les membranes. A mon avis, il s'agit là de la dacryocystite purulente compliquée d'ulcère perforant de la cornée qui aboutit à la fonte purulente de l'œil. Quand « *la dite sanie émane du dessous de l'œil* », notre auteur juge la situation très grave, mais sa thérapeutique ne devient pas plus efficace malgré la double purge.

MOHAMMED-AKBARI dit CHAH-ARSANI (18). Un de mes amis persans, le docteur Riahi, a bien voulu me traduire un passage des œuvres de cet auteur du persan en français. Malheureusement je n'ai pris que des notes excessivement sommaires. Elles m'ont permis de constater que son traitement est très voisin de celui d'Abou-Bekr-Mohammed-ben-Zakarya-Errazy. J'ignore à quelle époque il a écrit.

Avant de quitter les Arabes, je dois faire deux remarques.

On ne trouve presque pas de médecins réellement Arabes. Les uns sont Persans, d'autres Egyptiens, d'autres Andalous, certains sont Syriens et quelques-

uns Maugrabins. Pour ne parler que des auteurs déjà cités : Théodore et Bourzouih, Iouhanna-ben-Mas-souih, Djabril-ben-Bakhtichou, Abou-Zeid-Honein-ben-Ishaq-el-Ibady, Abou-Bekr-Mohammed-ben-Zakarya-Errazy, Abou-Ali-Al-Haseyn-ibn-Sina, sont des Persans ainsi que Mohammed-Akbari qui lui, a écrit en persan. Issa-ben-Ali est de l'Irak (Mésopotamie). Aboul-Cassem-Khalef-ben-Abbas-Ezzahraouy et Abou-Merouan-Ahd-el-Malek-ben-Abil-Ola-ben-Zohr sont Andalous. *Le caractère commun qui permet de les grouper se réduit à ceci : Ils ont tous employé, sinon la langue arabe, du moins l'alphabet arabe.*

Les traductions de l'arabe en latin ont été faites de deux façons : 1° directement, notamment à Tolède ; 2° indirectement, en passant par l'hébreu, comme à Montpellier. De là résultent des obscurités sans nombre.

CHAPITRE III

Le Moyen-Age

Tout est dit . et l'on vient trop tard
depuis plus de sept mille ans qu'il y a des
hommes et qui pensent.

(LA BRUYÈRE, Les Caractères.)

La tradition médicale chez les chrétiens a subi une évolution différente de celle des Arabes. Une seule école, en Occident, continue l'enseignement de la médecine, c'est Salerne. Au moment où les Arabes sont traduits en latin, cette école entre en décadence, et c'est Montpellier qui prend sa place. Ce phénomène peut s'expliquer ainsi :

Salerne faisait partie du royaume des Deux-Siciles, dont les rois étaient en si mauvais termes avec les Papes, à cause de leurs relations avec les Sarrasins, et de leurs prétentions dans la querelle des investitures, que les Papes finirent par les chasser et nommer à leur place Charles d'Anjou, frère de Saint-Louis.

Montpellier était un grand centre maritime et commercial qui possédait depuis fort longtemps des

écoles où les Rabbins et des médecins de Salerne enseignaient la médecine. Montpellier, au point de vue féodal relevait de la baronnie de Montpellier qui faisait partie du comté de Substantion ou de Melgueil dont le suzerain immédiat était le duc de Narbonne, un des grands vassaux de la couronne de France.

Le 27 avril 1085 (*) Pierre comte de Substantion ou de Melgueil « *se donna, lui-même, sa femme et son fils à l'Eglise Romaine, au Pape Grégoire VII et à ses successeurs, avec tous ses biens, son comté de Substantion, l'évêché de Maguelonne et ses dépendances pour être possédés en alleu par l'Eglise Romaine de laquelle, lui et ses successeurs, tiendraient le même comté en fief sous la redevance annuelle d'une once d'or* ». Pierre prétendait donner ce qui ne lui appartenait pas. Le comté de Substantion n'était pas un alleu mais un fief dépendant du duché de Narbonne, et il ne pouvait être cédé qu'avec l'assentiment de ses deux suzerains, le duc et le roi.

Le Pape devait tenir au Comté de Melgueil, car, le 18 juin 1209, au début de la croisade des Albigeois, les légats obtiennent de Raymond VI, comte de Toulouse et duc de Narbonne, qu'il s'engage, s'il manque à un serment prononcé au Concile de Saint-Gilles (serment impossible à tenir) à laisser confisquer sept de ses châteaux, dont un (Montferrand) commandait la région de Montpellier, et en outre que l'Eglise Romaine rentre dans le droit qu'il a sur le comté de Melgueil. C'est ainsi que le Pape obtint le titre de Comte

* Histoire Générale du Languedoc par Dom Vaissette.

de Melgueil qu'il remit en fief à l'évêque de Maguelonne (Montpellier n'avait pas encore d'Evêque).

Comme Marie, fille du dernier baron de Montpellier, avait épousé le roi d'Aragon, elle et ses successeurs négligèrent Montpellier, république de riches commerçants toujours en révolte contre ses seigneurs, et le Pape par ses légats et l'évêque de Maguelonne eut toute autorité sur les écoles de médecine de Montpellier comme comte de Susbtantion. C'est le cardinal Conrad qui, en 1220, transforma les écoles de médecine laïques en une faculté pontificale de médecine dirigée par l'évêque de Maguelonne.

Le Pape ayant une faculté de médecine où il était le maître l'opposa à toutes les autres facultés. La décadence de Salerne n'a pas d'autre cause que l'hostilité du Pape.

BIENVENU DE JESURALEM (19.20) est le premier et de beaucoup le plus grand des oculistes chrétiens du moyen-âge. Il vécut au début du XII^e siècle et parcourut tout le bassin méditerranéen. Voici ce qu'il nous dit sur l'origine des larmes.

Des larmes, et d'où elles proviennent.

...Beaucoup croient que les larmes naissent des yeux et en ce ils errent. D'autres croient qu'elles viennent du cerveau et sortent par les yeux, et ils se trompent..., en ce que les larmes descendent bien du cerveau, mais n'entrent pas aux yeux. D'autres croient que les larmes viennent par le milieu du grand lacrymal, en quoi ils errent. D'autres croient que les larmes viennent par le milieu de l'œil au-dessus de la

paupière et de la pupille. Tous errent en la connaissance de la vérité.

Nous Bienvenu de Jérusalem, à qui le Christ, source de toute science, a donné la vraie expérience et connaissance de toutes les infirmités des yeux, de la substance et complexion des humeurs, proclamant chacune d'elles en qui l'esprit visible opère surtout, nous disons que les larmes sortent par le point des paupières qui est à côté du nez. Lequel point est appelé lacrymal. Semblablement elles sortent de la paupière supérieure comme de l'inférieure. Il y a deux pertuis à savoir un à chaque paupière.

Si vous voulez vous en assurer et quitter l'erreur des anciens, renversez les paupières, et regardez en le grand lacrymal, ainsi que je vous l'ai dit, à l'extrémité pointue de la paupière (inférieure) là où finissent les cils vous trouverez un pertuis d'où sortent les larmes, un pertuis semblable existe à la paupière supérieure.

De la différence qui existe entre les larmes supérieures et inférieures.

...Je dis que les larmes qui sortent par la paupière inférieure viennent du cœur, quand quelqu'un a grande douleur, et leur flux ne dure pas parce que, quand la douleur se mitige, les larmes cessent.

Celles qui viennent de la paupière supérieure procèdent du cerveau à cause de quelque corruption ou abondance des humeurs. Leur flux ne cesse que lorsque la matière est bien purgée à l'aide d'électuaire et de cautère selon notre art.

De la fistule lacrymale selon quelques-uns, et selon nous de larmes corrompues.

Dans ce chapitre mon intention est de traiter de certaine autre infirmité qui est engendrée quelquefois en l'œil par percussion.

Je dis donc que quelquefois bien des hommes sont blessés ou frappés au front entre les deux sourcils, à savoir à la racine du nez. A cause de cela, il se rassemble certaine humeur corrompue à l'œil vers la partie lacrymale à côté du nez, en matière de larmes, et les médecins ont appelé cette infirmité fistule lacrymale. Il en sort une eau putréfiée mêlée aux larmes ; l'écoulement s'en fait continuel sortant de l'œil du grand lacrymal, aussi les yeux apparaissent toujours larmoyants.

Quand vous verrez tels yeux larmoyants et voudrez être certains si c'est seulement humeur corrompue ou fistule, ou seulement larmes claires, posez votre doigt index entre le nez et le lacrymal et vous verrez sortir la pourriture dans l'angle lacrymal vers le nez.

C'est pour cela que nombre de fols mèges ignorant le lieu d'où vient cette pourriture, et croyant qu'elle sort du milieu du lacrymal, près du nez, entre l'une et l'autre paupière, font la pire et la plus contraire des cures ; ils prennent un fer rouge et perforent le nez par le milieu du lacrymal, entre la paupière supérieure et inférieure, et détruisent cet endroit croyant dessécher le mal avec leur cautère. Et il advient que pour cette application de cautère, nombre de patients ont perdu la vue parce que les nerfs optiques cheminent à côté du nez et sont desséchés, atteints par la chaleur du feu que porte le cautère...

Je dis que d'abord vous devez curer l'estomac avec nos pilules Iérosolémitanes [R turbich ; aloès épatici ; macis ; cubèbe ; masticis ; croci ; parties égales. Incorporez toutes ces choses ensemble et les confis en eau de rosez et en fais masse de laquelle tu feras pilules]. Cette purgation faite, incisez avec la pointe du rasoir entre la paupière inférieure et le nez, ainsi que vous le trouverez désigné, assez discrètement cependant pour ne pas toucher la paupière ou la substance de l'œil. Faites donc votre incision près du nez selon sa longueur, et faites-la petite, et n'incisez que la peau. Cela fait, mettez dans la plaie un pois-chiche, ensuite par dessus pla-

cez un plumasseau de toile de lin que vous fixez avec une bandelette de façon que le pois-chiche ne tombe pas jusqu'au lendemain. A partir de ce jour vous mettrez dans le trou de notre poudre corrosive et mortificative...

(A base d'orpiment, chaux vive et vinaigre.)

Quand vous aurez mis la poudre, placez autour de l'œil fermé du coton trempé dans du blanc d'œuf, de façon que la poudre ne puisse entrer dans l'œil. Ensuite avec une bandelette de lin liez le tout jusqu'au lendemain. A partir de ce jour, oignez avec de la graisse de porc, jusqu'à ce que cette chair mortifiée tombe avec la poudre, et la blessure reste ouverte. Vous verrez alors le lieu d'où la fistule et la pourriture ont leur origine, et alors se desséchera cette pourriture qui avait son cours par le lacrymal de l'œil. Ensuite prenez de l'éponge marine, gros comme un pois-chiche, et mettez-la dans le trou ouvert, par dessus placez de la poudre susdite jusqu'à ce que cet endroit soit bien nettoyé et desséché, pour ce l'éponge marine fait deux choses : elle ouvre et consume en actrayant. Elle ouvre parce qu'elle se gonfle continuellement tandis qu'elle est dans la plaie. Une fois celle-ci desséchée, enlevez l'éponge, et pour le reste la plaie sera curée avec des fils de lin, et sera ainsi consolidée sans autre onguent, le patient sera guéri sans danger, comme s'il n'avait jamais eu cette infirmité. Mais n'oubliez pas chaque soir, quand le patient ira au lit de lui donner de notre électuaire adimarble gros comme une châtaigne et le matin de même.

(A base d'encens, de castoréum, de noix muscade, de noix indienne, de girofle, de safran, de spica nardi, de suc de népítelle (cataire ?), de pouliot, d'ysope, de semence de rue, de semence de jusquiame, de pavot blanc, de mout et de camphre.)

Bienvenu appelle *grand lacrymal* l'angle interne des paupières. Il a observé les deux points lacrymaux. Il

croit que c'est par là que les larmes arrivent aux yeux. Les larmes qui sortent par le point lacrymal inférieur proviennent d'après lui du cœur et leur flux est dû à la douleur. Celles qui sortent du point lacrymal supérieur sont dues à la corruption ou à l'abondance des humeurs et proviennent du cerveau.

Bienvenu déclare que ce que les médecins appellent fistule lacrymale n'est autre chose que les larmes corrompues (nous dirions aujourd'hui larmes purulentes). Il soigne sous ce nom la dacryocystite et non la fistule lacrymale. Un traumatisme à la racine du nez provoque cette maladie. Bienvenu met en évidence le reflux des larmes par les points lacrymaux en appuyant l'index entre le nez et l'angle interne de l'œil. C'est ce qui lui permet de distinguer les *larmes corrompues* des larmes claires.

Bienvenu traite ainsi : il pratique une courte incision peu profonde, qui respecte le sac, il dilate la plaie avec un pois chiche. Il protège l'œil avec du blanc d'œuf et cautérise la plaie avec une poudre à base de chaux et d'orpiment. Il oint avec de l'axonge jusqu'à chute d'une eschare. Il cautérise de nouveau avec un fragment d'éponge chargé de poudre caustique. Le dernier pansement est fait de charpie. Il semble que Bienvenu prévoit un larmolement résiduel, car il s'adresse aux médicaments pour empêcher les larmes.

En somme Bienvenu reprend et développe le traitement par les caustiques. A la fin du xix^e siècle, Albertotti, celui qui a publié l'œuvre de Bienvenu, a essayé ce traitement, jusqu'au pois chiche inclus. Il

s'en déclare satisfait, et constate que le sac cautérisé s'élimine facilement (20).

ALCOATIN est un contemporain de Louis VII, de Henri Plantagenêt et d'Eléonore de Guyenne. Malgré son nom à sonorité arabe, c'est un chrétien. Il a compilé son « *Liber de oculis* » (21) à Tolède en 1169. Il est intermédiaire entre les Arabes et les Chrétiens. Voici sa description de la « *Fistule dans le lacrymal majeur* ».

La fistule est un abcès qui naît dans le lacrymal majeur qui projette un liquide semblable au blanc d'œuf, et qui, s'il dure longtemps, est appelé fistule. Il s'ouvre parfois à l'intérieur dans l'oreille et la sanie sort par cette voie ; d'autres fois dans le lacrymal majeur, et la sanie sort par l'œil. Quelquefois c'est par le nez et c'est par là que sort la sanie. La vue suffit à vous renseigner à ce propos.

A part cette description assez bizarre, j'ai presque tout trouvé dans Abul-Cassem-Khalef-ben-Abbas-Ezzah-raouy qui a été copié par Alcoatin. Cette description elle-même se trouve peut-être dans l'auteur arabe, mais comme je n'ai pas retrouvé sa « *nosologie* », je reste dans l'incertitude.

Pour la dérivation vers le nez nous retrouvons le même signe : le souffle du patient sortant par la plaie qui marque la réussite de l'opération.

Pour la dénudation de l'os le même instrument, la même façon de s'en servir, et le même délai de 40 jours pour savoir s'il y aura récive.

La cautérisation est presque la même, sauf qu'Alcoatin n'indique pas la cautérisation au plomb fondu rapportée d'après Archigènes. Surtout, et c'est là le point essentiel, Alcoatin nous explique, pourquoi le cautère d'Aboul-Cassem-Khalef-ben-Abbas-Ezzahraouy était percé, chose qu'on ne comprend pas dans l'auteur arabe.

Ensuite on cautérise de cette manière : on prendra une canule de fer, et on l'introduira dans l'orifice de la fistule. En voici la forme.

Dans le texte il y a ici un dessin.

Puis on prendra un autre fer rond, dont la grosseur correspond au calibre du premier ; on le chauffera à l'extrémité et on l'appliquera en passant par ladite canule.

Alcoatin emploie un cylindre creux non chauffé, il met une de ses extrémités dans la fistule et fait pénétrer de l'autre côté un cautère cylindrique plein plus petit chauffé à celle de ses extrémités qui est en contact avec la fistule, de la sorte, il cautérise la fistule sans porter atteinte à l'œil.

ROGER (22) est le grand chirurgien de Salerne. Il vécut à la fin du XII^e siècle avant les traductions des arabes en latin. Voici ce qu'il dit au chapitre 30 du 2^e livre de sa chirurgie.

De la fistule près de l'œil.

Quelquefois la région près de l'œil et du nez se fistulise et la matière putride sort par un très petit orifice. On repousse d'abord l'œil vers la partie opposée avec un instrument. On dilate cet orifice et on incise tout droit. On introduit une mèche trempée dans le blanc d'œuf jusque dans la profondeur. Ensuite si le sujet est pusillanime, on introduit par cet orifice une canule de fer ou de cuivre mince, jusqu'au fond si possible, et par cette canule, en faisant passer un fer chaud, on brûle les racines de la fistule. Si l'on craint le feu, on introduit par la dite canule une pilule d'onguent maturatif (ruptorio) préparé avec de la chaux vive et de la lessive, comme nous le dirons plus loin. On laisse ensuite la pilule de la 3^e heure à la 9^e, ou de la 9^e jusqu'au soir. On y place ensuite un pansement avec du blanc d'œuf jusqu'à ce que le feu tombe et s'évapore. On traite ensuite comme pour les autres plaies.

Formule de l'onguent maturatif : Lessive, et chaux vive diluée dans la lessive ; mêler longtemps et incorporer en manière d'onguent.

Supplément. La lessive se prépare ainsi : prendre deux parties de cendre de fèves, une partie de chaux vive. Pulvériser, mêler, disposer en couche au fond d'un couffin ou d'une corbeille. Fouler aux pieds. Verser un peu d'eau. Remplir de ces couches le couffin ou la corbeille. Y creuser au couteau par-dessus une cavité ronde à la mesure d'un demi-bras. Remplir d'eau cette cavité trois fois par jour, matin et soir. Disposer au-dessous un récipient. On recueille ce qui s'extrait depuis le début du jour à la 8^e heure. Laisser déposer, c'est la lessive forte. La lessive moyenne est celle qu'on recueille ensuite dans la 2^e partie du jour. Pour reconnaître s'il s'agit de lessive forte : un œuf lié à sa partie moyenne, et on le plonge dans la lessive. Si la partie moyenne ne plonge pas, la lessive est forte.

En somme, Roger pratique la cautérisation actuelle comme Alcoatin. Pour la cautérisation potentielle, il utilise des pilules à base de chaux qui correspondent à ce que les anciens (Antyllus cité par Oribase) (5) appelaient collyres entiers. Pour constater la force de sa lessive, il utilise un œuf qui lui sert d'aréomètre.

ROLAND (23), disciple de Roger et contemporain de Philippe-Auguste, aurait écrit sa chirurgie aux environs de 1210. Il copie presque textuellement son maître, sauf quelques perfectionnements.

Si on redoute le feu, on introduit une pilule d'onguent maturatif (ruptorio) et dans la confection de cette pilule on dispose un long fil avec un nœud sous la pilule de manière à pouvoir l'extraire sans la briser.

Tout le reste est pris dans Roger. On a là une des preuves de ce que dit Guy de Chaulhac : les chirurgiens se suivent comme les grues.

THEODORIC est un médecin catalan. On l'a confondu avec un autre Théodoric, évêque de Cervia, né en 1208. Cette erreur est mise en évidence par la difficulté qu'il y a à concevoir un évêque-chirurgien. Etant donné les idées du temps, un prêtre et même un clerc ne pouvaient être que médecins car ils ne pouvaient pratiquer les opérations sanglantes. Voici ce qu'il nous dit au 2^e chapitre du livre III de sa chirurgie (23).

La fistule qui vient au lacrymal.

Il vient au lacrymal une fistule, soit à la suite de blessure, soit quand un apostème survient dans le lacrymal par surabondance des humeurs, apostème qu'on appelle « hypopion ». Si on néglige de le traiter, il se transforme rapidement en fistule, qui est ensuite difficile à guérir.

Il est signifié par une petite tumeur qui se produit dans la nuit autour du lacrymal. Si on exprime en appuyant avec le doigt, l'œil se remplit de sanie, la tumeur s'affaisse. Quelquefois, il y a des ouvertures diverses qui s'étendent vers les paupières tant l'inférieure que la supérieure, surtout si la fistule a pris de l'ancienneté. Comme le dit Avicenne, le vrai traitement est le cautère. Il faut se préoccuper de connaître ses variétés et de comprendre dans la cautérisation tous les pertuis, autrement le traitement ne sert à rien.

Si donc il y a fistule au lacrymal, il faut la traiter par les médicaments aigus, surtout par ceux qui conviennent particulièrement. Comme il a été dit au chapitre général sur les fistules, tout le corps doit être mondifié, la tête d'abord par ses méthodes pharmaceutiques, ensuite par la phlébotomie, et l'on s'efforcera d'attirer de toutes ses forces la matière vers les parties contraires en mettant des ventouses en arrière et des cautères aux bras.

Ensuite, on cautérise ainsi. On considère soigneusement l'orifice d'où sort la matière putride, on note s'il y en a un, deux, ou plusieurs. Ensuite quand on a bien reconnu l'orifice ou les orifices, on repousse d'abord l'œil avec un instrument d'argent ou de cuivre en forme de la moitié d'une coquille de noix et du volume de l'œil. On dilate l'orifice en incisant tout droit avec un phlébotome suffisamment fort pour ne pas se briser. L'incision faite, on introduit une mèche trempée dans du blanc d'œuf jusqu'au fond de la fistule. Ensuite si le sujet est délicat, en mettant sur l'œil un plumasseau trempé dans de l'eau de rose et par-dessus l'instrument susdit pour assurer la protection et la sèche-

resse de l'œil ; par cet orifice on introduit un fer chaud jusqu'à la racine de la fistule.

Si on craint le feu, on introduit une mèche d'onguent inaturatif, ou d'arsenic sublimé suivant la doctrine, ce qui est mieux. On l'introduit et on la laisse là pendant trois heures, plus ou moins selon son effet apparent. Ensuite on met notre onguent vert... jusqu'à ce que le feu tombe. Ensuite, comme plus haut il a été dit dans le chapitre général sur les fistules, on traite à la manière des autres blessures.

Si cependant l'orifice a été infecté la guérison sera impossible si on ne l'enlève. On le fera avec diligence et prudence.

Si l'homme est pusillanime et qu'il craigne l'incision ou le feu on élargit l'orifice avec la racine d'aristoloche ou autre semblable. On exprime ensuite le contenu jusqu'à ce qu'il sorte, puis on fait des ablutions de vin styptique que l'on instille à l'intérieur.

Si la fistule ne donne pas de sanie on fait un pansement et on laisse le pansement jusqu'à ce que cette sanie soit collectée, ensuite on l'exprime. On lave au vin. Après l'avoir fait, on instille à l'intérieur le collyre algarab. On fait ces instillations d'heure en heure.

Théodoric termine par une série de citations d'Avicenne et de Rasés.

Pour Théodoric, la fistule qui vient au lacrymal a deux origines : soit traumatique (d'après Bienvenu), soit humorale et faisant suite à un abcès, que Galien appelait anchilops et notre auteur hypopion.

La description des symptômes est très précise. Il a remarqué que la tumeur grossit pendant la nuit, et il constate qu'elle s'affaisse quand on la presse (cfr les Arabes). Il signale les points lacrymaux pathologiques peut-être d'après Bienvenu, et indique qu'il y a parfois une autre ouverture qu'on appelle aujourd'hui la « fistule lacrymale » proprement dite.

Il indique un traitement général : saignée, ventouses en arrière, cautères aux bras. Le traitement local comporte trois modes :

Cautérisation actuelle après incision du trajet fistuleux, en protégeant l'œil par un plumasseau et un instrument métallique ayant la forme d'une demi-coquille de noix.

Cautérisation potentielle par une mèche caustique.

Le traitement local par les médicaments est imité des Arabes.

PIERRE D'ESPAGNE (24), né à Lisbonne, est mort Pape sous le nom de Jean XXI en 1277. C'est le type du médecin-clerc nettement différent du chirurgien-laïc. Voici ce qu'il nous dit sur le traitement de la fistule lacrymale.

De Fistula, paragraphe 30.

Une maladie qui prend naissance dans les paupières des yeux entre les narines et l'angle et que l'on appelle fistule, a parfois un orifice vers les narines, parfois vers l'œil.

Le traitement est, si la santé générale est forte et le patient jeune, la purgation avec « yerapigra » et « yeraluff ». On mondifie la plaie avec le « sang de crête de coq » (*celosia crista* L ?).

On essayera avec succès la peau de serpent pulvérisée qu'on introduit 2 fois par jour avec une mèche de feuille de « *salvinca* ». On lie des feuilles de « *salvia* » au pied droit ou au pied gauche et on prononce ces paroles — « *In nomine patris, sic dicendo sicut Xristus descendit de celo in uterum virginis sic fistula de oculo ad pedem* » — et on doit le répéter trois fois. Régime froid à l'intérieur. Les médicaments

administrés par le médecin seront : fenouil, anis, rue, euphrasie, aloès, fiel d'oiseau de proie, on prépare une confection.

Ou encore. Fiel de taureau, d'oiseau qui brise les os (gypaète), de lièvre, de vautour, de grue, d'hirondelle, de passereau, de renard, de chien, de mouflon, d'outarde ; de chacun parties égales ou isolément, on prépare un collyre dans le vin blanc.

Poudre contre la fistule. R. noir de cordonnier, poivre, sel, suie, orpiment, cantharides et autres, de chaque deux drachmes comburés ensemble et pulvérisés. Arroser le lieu lésé avec du vin ou de l'urine, ensuite remplir entièrement la fistule, avec cette poudre, deux fois par jour jusqu'à guérison.

R. fiel de coq, de lièvre, d'anguille mêlés avec de l'eau très pure, verser dans un vase de cuivre, s'en servir pour des lotions purificatives à l'endroit des yeux, et l'évacuation est telle qu'il voient l'étoile en plein midi.

R. Verbascum thapsus, l'aigremoine, sécher ces deux plantes avec feuilles et racines. Ensuite exprimer le suc de plantain, laver fortement avec ce suc, et par l'orifice bien lavé répandre la poudre. Ensuite, dans du vinaigre, de la noix de galle, de l'hématite avec du suc de plantain et mauve avec du beurre.

La description de la maladie est très sommaire. La plupart des traitements sont sans intérêt. Ils sont copiés chez les Grecs par l'intermédiaire des Arabes comme la « hiera-picra » (cfr Avenzoar) ou le fiel (cfr Severus). Pour ce dernier médicament, il y a peut-être un souvenir de la cure ophtalmologique par le fiel rapportée dans le livre de Tobie.

Le second traitement a beaucoup attiré mon attention. C'est un cas de thérapeutique des voies lacry-

males par des moyens magiques. Ce n'est pas le seul que j'aie trouvé. La traduction du mot « *salvia* » (sauge) fut facile. Celle du mot « *salvinca* » a été plus malaisée. Berger, celui qui a réédité Pierre d'Espagne prétend qu'il s'agit là de la plante « *valériana salvinca* ». D'après un des maîtres de Salerne (22), il s'agit du « *spic celte* » ou « *lavande* ». J'ai conservé les deux noms latins à cause de leurs formes semblables. Contrairement à ma coutume, je me suis bien gardé de traduire la formule magique, de peur de lui ôter tout pouvoir.

GUILLAUME DE SALICET (25) vivait à la fin du règne de Saint-Louis. Il a écrit sa chirurgie en 1275. Voici ce qu'il dit sur notre sujet.

Livre I. — Chapitre 13. — De la fistule lacrymale de l'œil.

La fistule lacrymale de cette espèce est un petit pertuis à l'entour de la racine du nez dont la largeur intérieure est grande et l'extérieure petite avec une certaine dureté, et avant que le pertuis apparaisse, cela n'est pas une fistule, et ne se nomme pas fistule, mais certain ulcère tournant dans ce lieu à la fistule.

Sa cure est celle-ci : il faut que son orifice extérieur étroit soit dilaté au moyen d'une tente d'éponge, ou d'aristoloche ronde sèche, ou de moelle de lauréole, et le pertuis étant ouvert, on y introduira de la poudre d'asphodèle jusqu'à sa pleine ouverture.

Et alors le point ulcéré sera mondifié jusqu'à l'os de la tête avec de l'onguent vert ainsi préparé :

R. d'alun, de sucre, de fleurs de cuivre, de miel mondé, de

chaque 2 drachmes. Mêlez le tout et remplissez le pertuis avec ce médicament.

Ou bien mondifiez l'ulcère avec cette poudre d'asphodèle :

R. de suc de fleurs d'asphodèles 1 livre, d'orpiment rouge 2 onces, de chaux vive 3 onces...

Ici se trouve la recette pour préparer la poudre.

...Et fais attention à une chose, c'est que cela n'est bon ni facile qu'en été, au temps de la forte chaleur, par exemple en juillet et en août.

En vérité, avec cette poudre j'arrivais presque à mortifier toutes les fistules curables, et aussi avec les cautères de fer ou d'or. Quelquefois aussi j'associais à la susdite poudre d'asphodèles 1 drachme de réalgar, ou 2 drachmes s'il était nécessaire de mondifier davantage, et c'était alors d'un effet plus énergique. Et tout cela ne doit se faire que sur des corps robustes et de forte complexion.

Après avoir ainsi mortifié toute la chair jusqu'à l'os au moyen de la poudre ou de l'onguent susdit, place sur le point mortifié beurre ou axonge afin que l'eschare se détache.

La partie mortifiée et l'eschare étant enlevées, examine bien l'os et s'il est altéré : cautérise jusqu'au fond de la cavité qu'il présentera, avec le cautère en pointe, et perfore l'os jusqu'à son autre surface afin que la sanie s'écoule par le nez.

Et soit alors cette eschare détachée avec beurre ou autre corps gras putréfactifs. Et l'eschare étant enlevée, soit la place bien mondifiée avec les mondificatifs indiqués dans les chapitres précédents, ou avec les onguents faits des mêmes substances additionnées d'une suffisante quantité de cire et d'huile.

Guillaume de Salicet précise que l'orifice de la fistule est plus étroit que la cavité elle-même et note la présence de l'ulcère antérieur à la fistule.

Après dilatation de l'orifice, il cautérise avec la poudre dite d'asphodèles (à base de chaux vive et d'orpiment rouge). Il provoque la chute de l'eschare par le beurre ou l'axonge.

Si l'os est altéré, il cautérise avec le cautère en pointe et perfore l'os complètement. C'est une nouvelle technique de la dérivation vers les fosses nasales.

LANFRANC (23) était un élève de Guillaume de Salicet. Il vint à Paris en 1295, sous le règne de Philippe-le-Bel. Voici ce qu'il dit sur la fistule lacrymale, dans sa « *grande chirurgie* », au 1^{er} chapitre, du 3^e traité, de la 3^e doctrine.

La fistule lacrymale provient du décours des humeurs qui se portent à l'angle de l'œil. Elles ne peuvent sortir près du nez à cause de leur abondance et de leur grossièreté, elles s'attardent et produisent une grosseur qui ressemble au lupin, c'est pourquoi certains l'appellent lupin.

Par la stagnation de ces humeurs, la corruption se produit et la région s'ulcère. Les larmes s'écoulent et ne permettent pas la dessiccation. Avec le temps, il y a production d'une fistule. Si on ne la guérit pas au début l'os du nez s'infecte et la fistule est d'autant plus mauvaise qu'elle est plus ancienne.

Il faut d'abord traiter le corps et évacuer la tête avec de la « *picra* » (cfr Avenzoar et Pierre d'Espagne) — on applique ensuite ce collyre : (c'est le *dikhbardikh* en sief du 9^e livre du Mansoury).

On applique sur la région des substances mondificatives indiquées dans l'antidotaire ou cette préparation éprouvée qui est dans Avicenne : R. myrrhe mondée et choisie 2 drac ; gomme arabique 1 drac. Pulvériser, faire un onguent à consis-

tance avec du fiel de bœuf et appliquer avec une pièce de linge. La région est consolidée, mondifiée et il ne demeure pas de cicatrice.

Si cependant par ces médicaments on n'obtient pas la guérison, ou bien qu'il y ait une récurrence, c'est que l'os est corrompu en dessous. Il faut donc alors découvrir la région et enlever l'os corrompu.

On pratique ainsi : on touche la région sous laquelle l'os est corrompu avec un cautère à pointe, puis on met du beurre ou de l'axonge pour que l'eschare tombe, puis on renouvelle la cautérisation, ensuite le beurre, jusqu'à ce que l'orifice soit tel qu'il permette avec évidence l'évacuation de l'os.

L'os étant découvert, on lui applique le fer chaud. Il ne faut pas appuyer trop fort. Ensuite on verse localement de l'huile rosat chaude. On remplit toute la plaie de cette huile mêlée avec du jaune d'œuf jusqu'à ce que toute la brûlure tombe.

On dessèche alors avec des dessiccatifs, l'os s'excorie et se purifie par ce moyen, ensuite avec des produits qui régénèrent et consolident la région, on cherche à obtenir une cicatrice parfaite.

Et sache qu'aucun autre moyen n'est aussi bon, parce que dans la cautérisation avec les caustiques on ne peut avoir de mesure, car ils cautérisent plus loin que tu ne voudras et après une médecine caustique, survient toujours un abcès qui infecte le lieu, tandis que le feu par sa simplicité ne s'applique qu'avec mesure quand l'opérateur est discret et compétent.

L'os sec est abrasé par les instruments du chirurgien. Cependant rarement toute la partie corrompue est enlevée, d'où récurrence de la maladie, une petite partie de l'os altéré étant demeurée.

Chaque fois que l'os est dénudé, il y a nécessairement et naturellement comme un sac très adhérent qui sépare de l'os.

Si on touche avec le fer chaud, tout ce qui est altéré est détruit, la complexion de la région est aussi modifiée, on peut s'en rendre compte en se reportant au chapitre des cautères.

Lanfranc appelle « Lupin » ce que nous appelons dacryocystite. Il l'attribue à un trouble des humeurs qui se portent à l'angle de l'œil. A un stade plus avancé, il y a corruption par stagnation. Une ulcération se produit et ne peut guérir à cause des larmes qui s'écoulent, d'où fistule.

La thérapeutique comporte deux degrés. Au premier la maladie est récente. Traitement général par la « *picra* » probablement la même que la « *hierapicra* » de Galien, traitement local médical par les collyres et les onguents.

Au deuxième degré, c'est-à-dire si la maladie résiste aux médicaments. D'après Lanfranc l'os est corrompu. Il cautérise jusqu'à mettre l'os à nu, et le brûle sans le traverser. Il panse à l'huile rosat. Il termine en refermant la plaie par les médicaments. Les récidives seraient dues à un fragment d'os altéré qui resterait dans la plaie.

Lanfranc se déclare hautement partisan du cautère actuel et rejette les caustiques. Il ne perfore pas l'os. Sa méthode est donc l'opposé de celle de Guillaume de Salicet.

La traduction du dernier paragraphe a été délicate car le texte latin est très obscur. Il semble que Lanfranc aurait constaté la présence du sac lacrymal et son adhérence à l'os sans s'expliquer le rôle qu'il joue dans la pathogénie de la fistule lacrymale.

BERNARD GORDON (26), un des maîtres de Montpellier, a écrit son « *Lilium medicinae* » en 1305, sous le règne de Philippe-le-Bel, au moment où les papes se fixent en Avignon. Voici ce qu'il dit sur la « *fistule au lacrymal* ».

La 12^e passion de la conjonctive est la fistule née dans le lacrymal. On doit comprendre que des apostèmes mous s'engendrent quelquefois dans le lacrymal de l'œil vers le nez et se terminent le plus souvent en fistule.

On doit d'abord soigneusement mondifier le corps. Ensuite fomentier la région avec une éponge imbibée dans l'eau d'une décoction de galles, de sumac, avec un peu de miel. Puis avec l'eau d'une décoction de grenade, de feuille de rue. Ensuite on préparera le collyre suivant :

Rp : Verdet ; noir de cordonnier ; sel ammoniac ; vitriol ; chaux vive ; orpiment ; cantharides ; alun ; à à 1/2 once, pulvériser, employer en petite quantité ou mêlé avec de l'urine d'enfant, du sédiment de vieille huile pour en préparer un onguent dont on enduira une tente qui sera appliquée sur la fistule.

Ensuite, après la mortification de la fistule on use d'un onguent fait d'aloès, sarcocolle nourrie, sumac, écorce de grenade, pour la régénération des chairs, ensuite on prend la potion suivante :

Rp : feuilles d'aigremoine, feuilles d'olivier, agiter et mêler dans du vin blanc. Fort probablement, si le corps est mondifié, et si le patient suit un bon régime, cette boisson guérit une fistule où qu'elle soit placée.

De même si on recueille l'aigremoine en prononçant l'oraison dominicale et qu'on la porte au cou, elle guérit le plus souvent la fistule.

Si cependant tous ces moyens n'amènent pas la guérison, il faut en venir à la main du chirurgien.

On cautérisera donc le lieu et l'on procèdera par ordre à toutes les pratiques convenables. Mais nous avons déjà traité de cette matière au livre 1^{er}. Ajoutons donc ce que nous venons de dire, et il en résultera une petite étincelle de vérité.

Bernard Gordon est un médecin. Il traite la « *fistule au lacrymal* » en médecin et réserve la partie manuelle au chirurgien.

Le traitement le plus curieux est le port de l'aigremoine recueillie en prononçant l'oraison dominicale. C'est un traitement magique à rapprocher de celui de Pierre d'Espagne. Bernard Gordon ne semble pas très sûr de son efficacité.

GUY DE CHAULHAC (27-23), maître en médecine de la faculté de Montpellier et médecin de plusieurs papes et rois (entre autre Jean de Luxembourg, roi de Bohème qui vint le consulter pour la cataracte et mourut complètement aveugle à Crécy) a achevé d'écrire sa « *Grande Chirurgie* » en 1363 à la fin du règne de Jean-le-Bon.

Guy de Chaulhac n'était pas un chirurgien, mais un médecin. Il a compilé les œuvres des chirurgiens antérieurs, contenues dans la bibliothèque pontificale, et en a fait une chirurgie si ordonnée et si méthodique qu'elle a fait croire que Guy de Chaulhac avait été chirurgien. Son livre a été traduit dans toutes les langues et fut extrêmement répandu. Il est probable que ce livre fut rédigé en langue d'oc, dialecte d'Avignon, car c'était la seule langue que comprenaient les

chirurgiens d'Avignon au xiv^e siècle. D'ailleurs même dans la traduction française on voit réapparaître des occitanismes.

Guy de Chaulhac suit l'opinion de Bienvenu de Jérusalem sur l'origine des larmes dans le chapitre des larmes et fluxions.

Les larmes combien qu'elles viennent par les lachrimals et spécialement d'un certain trou petit et presque imperceptible à la fin des poils ainsi que témoigne Bienvenu...

Pour Guy de Chaulhac « La fistule au lacrymal » est un ulcère (4^e traité) en membre composé (2^e doctrine du 4^e traité) siégeant à la face (chapitre II de la 2^e doctrine du 4^e traité). On a ainsi une vue de la méthode qu'emploie Guy pour classer les maladies.

De la fistule au lacrymal domestique ou interne près du nez.

La fistule au lacrymal se fait le plus souvent d'un petit apostème appelé *Garab*, qui naist là mesmes des mauvais humeurs : et meurissant, il tarde si longtemps à s'ouvrir que la sanie se convertit en nitrosité, et ulcère le lieu et endurecit les circonférences intérieures et corrompt et contamine l'os même.

Il s'ouvre quelquefois en dehors, quelquefois vers le dedans de l'œil sous le lacrymal, et quelquefois à tous les deux cotez et quelquefois vers les tuyaux des narilles. De ces fistules, l'une est en la chair et l'autre en l'os...

Guy de Chaulhac appelle *garab* ce que les Arabes appelaient *akilous* (c'est la dacryocystite moderne), et fistule lacrymale ce qu'ils appelaient *gharb*.

Pour la fistule il y a trois issues : à l'extérieur, à l'intérieur de l'œil, dans les fosses nasales, et deux modes selon que la fistule est dans la chair ou dans l'os.

Pour suivre le plan qu'il s'est tracé, il écrit un petit paragraphe sur les causes, où il se répète. Je ne l'ai pas reproduit. Voici la description des symptômes.

La fistule de l'œil est signifiée de l'apostème qui a précédé, et de la dureté et forme calleuse et profonde, et de sanie séreuse et gluante qui sort du trou, mesmement quand on la presse. Et les yeux sont rouges et ophtalmiques. Par l'attouchement aussi on en est bien acertainé. Car si c'est en l'os on y sent aspérité : si c'est en chair mollesse et lénité.

Guy de Chaulhac dans le pronostic « *juge que la fistule lacrimale est de difficile guérison* ». Enfin nous arrivons au traitement.

La curation de fistule lachymale a deux régimes, universel et particulier. Le régime universel a été dit au chapitre de fistule en commun.

[Le régime universel a trois intentions. La première ordonne la manière de vivre ; la seconde évacue la matière peccante ; mais la troisieme, en confortant les membres intérieurs, et en desseichant la fistule la rend apte à consolidation].

Le régime particulier a trois intentions. La première est de répercuter, résoudre et meurir selon ses temps, et d'ouvrir l'apostème quand il n'est pas ouvert. La seconde de modifier quand il est ouvert. La troisieme de mortifier la fistule quand elle est confirmée.

La *première intention* est accomplie par des médicaments.

Mais s'il ne s'ouvre de soy mesme, qu'on n'attende pas la maturation, ainsi soit ouvert d'une lancette loin du lachrymal.

Après expression et expulsion de la sanie vient la *seconde intention* (mondifier) avec 3 remèdes. Le 1^{er} est pris dans Avicenne (qui copie Alexandre de Tralles à travers Paul d'Egine et Rasés) c'est la bourre intérieure du roseau. Le 2^o est le fameux Dikhbardikh en sief de Rasés. Le 3^o est de Guillaume de Salicet : onguent vert ou poudre d'asphodèles.

La *troisième intention* (mortifier) est réalisée de deux façons : 1^o par incision et cautérisation.

Avec cautères clavals et ronds, en contregardant l'œil avec une cannule, comme fait Alcoatin, ou avec de la paste, comme Jésus (Issa-ben-Ali) ; ou avec un cuillier d'argent ou d'airain comme Théodore (Théodoric).

2^o Par corrosion. Le premier moyen plaît davantage à Guy de Chaulhac qui cite l'opinion de Lanfranc. Il cite à titre accessoire une 3^o méthode.

Quant à la manière de curer, en perçant d'une alène aux tuyaux des narilles, elle n'est point louée d'Heben-Mesué (Iouhanna-ben-Massouih) et je n'y ay point trouvé d'effet. ...Mais j'aime bien la dérivation de la matière aux tuyaux des narilles, laquelle Arnaud loue avec des caputpurges.

Arnaud, l'auteur cité ci-dessus, est un contemporain de Guy de Chaulhac, Stéphane Arnaud, différent d'Arnaud de Villeneuve.

Guy de Chaulhac résume et ordonne d'une façon claire et précise les connaissances de son temps. Il sera le guide du chirurgien pendant plusieurs siècles.

Pour donner une idée plus concrète des conditions dans lesquelles les chirurgiens opéraient, je citerai, d'après Truc et Pansier, un résumé d'acte notarié.

Guillemette Auvray, en 1477, à Avignon, atteinte de fistule lacrymale, s'adresse à un chirurgien de la ville, nommé Pierre de Narbonne. Ils se rendent devant M^e Jacques Sylvestre, notaire, et passent un contrat par lequel Pierre de Narbonne s'engage à guérir Guillemette de sa fistule. La cure devra être effectuée en six mois pour le prix de trois écus. S'il échoue, le chirurgien ne touchera pas d'honoraires ; en cas de récurrence, il sera tenu sans augmentation de prix de continuer ses soins.

Le moyen-âge passe pour être une période d'obscurantisme. Au point de vue du traitement de la fistule lacrymale, il n'en est rien. Nous assistons au XIII^e siècle à un renouveau de la chirurgie. Ce mouvement s'atténuera plus tard, mais recommencera avec la Renaissance. Le rayonnement de cette époque fera paraître ternes les œuvres du moyen-âge.

CHAPITRE IV

La Renaissance

La distance est grande de la connaissance
d'une vérité à l'usage qu'on en fait.

(FOCH, Des principes de la guerre.)

Il est d'usage de limiter la Renaissance à la première moitié du xvi^e siècle. Nous avons donné ce nom à une période plus étendue parce que, au point de vue du traitement des affections des voies lacrymales, le xvii^e siècle ne se différencie pas du xvi^e siècle.

FALLOPE, né à Modene en 1523, mort à Padoue en 1562, est un des auteurs essentiels pour l'histoire des voies lacrymales. Voici la description qu'il nous en donne.

Institutiones anatomicæ (28)

Quant à ces caroncules de couleur rouge que l'on voit dans les angles internes, ce sont des opercules, à certain orifice

creusé dans l'os du nez, orifice par lequel les excréments des yeux distillent dans le nez. Ces caroncules empêchent lesdits excréments de refluer par les angles, ce qui nous rendrait constamment larmoyants.

Observationes anatomicæ (28)

En sortant de la gorge, j'en viens aux yeux. Les anatomistes ont omis d'y décrire deux petits orifices situés dans l'angle interne, l'un à la paupière supérieure, l'autre à l'inférieure. Ils apparaissent nettement aux regards sur l'homme vivant. Ces orifices ont des conduits qui, sous la caroncule dite de l'encanthis ou de l'épicanthis, s'unissent en un sinus commun se terminant dans la cavité des narines par un canal propre dans l'os squameux (?) qui est creusé et qui occupe l'angle interne.

Par ces conduits, la plus grande partie des larmes, comme je l'ai observé dans les pleurs des femmes, s'écoule vers les yeux.

Le sinus s'exulcère parfois et la sanie se collectant, il se produit cette variété d'ulcère que l'on appelle fistule lacrymale. Cette sanie, si on exprime le sinus quand elle est collectée, est manifestement excrétée par lesdits conduits vers l'angle interne des yeux. Rien n'est plus manifeste à observer. Ces conduits sont appelés les lacrymaux par les plus récents chirurgiens, et je continuerai à les appeler du même nom.

Fallope ne fait que préciser la description de Galien. Il ne nous apprend rien de nouveau du point de vue anatomique. Il répète des erreurs au point de vue physiologique (cfr Bienvenu de Jerusalem). *Il établit le siège de la fistule lacrymale dans les voies lacrymales. C'est là sa grande découverte.*

Voici sa façon de traiter :

Chirurgie. — Chapitre VI. — Des blessures en particulier... — De la fistule lacrymale (28).

Une maladie qui survient fréquemment aux yeux est ce qu'on appelle fistule lacrymale... parce qu'il y a une affection de ce canal qui apparaît dans l'angle de l'œil... Si une exulcération se produit dans les mêmes voies lacrymales, il naît un ulcère qu'on appelle la fistule lacrymale...

On reconnaît cette fistule, car, quand on comprime cette partie où est le sinus lacrymal, il sort aussitôt de la sanie. On doit faire attention à cette sanie, car elle altère souvent l'os.

Cette fistule a deux variétés :

L'une est appelée par Avicenne *algarum*, par Aetius et les autres Grecs, *antilops* (*sic* — ce mot est en caractères grecs dans le texte latin). On la reconnaît à ce qu'il n'y a pas d'exulcération ni de perforation de la peau, la sanie étant émise par les voies lacrymales elles-mêmes.

L'autre est appelée *aegilops* (ce mot est en caractères grecs) les Grecs entendent par ce mot, d'abord un tubercule, puis une fistule avec perforation de la peau.

Il y a une autre distinction : Dans un cas, il y a altération de l'os et dans l'autre, non. Enfin, il y a une troisième variété de fistule ou l'os est dénudé ou non.

Les causes de ces fistules sont d'habitude doubles : la première cause est une fluxion qui se produit vers le sinus lacrymal qu'elle ulcère par son âcreté et qu'elle couvre d'un callus. La deuxième cause se trouve d'ordinaire dans des tubercules qui naissent à cet endroit, qui s'exulcèrent et qui, s'ils sont négligés, engendrent cette fistule.

Les signes de cette fistule sont d'abord la sortie de la sanie. La fétidité est un signe de la corruption de l'os. Si, en com-

primant la région fistuleuse, on sent un orifice qui se dirige vers les narines, c'est un signe que l'os est dénudé.

Le traitement général de l'*antilops* implique la saignée et un régime. Le traitement local : des « médicaments fortement dessiccatifs, répulsifs et astringents » comme les escargots triturés, la myrrhe et l'*opoponax*, les mirobalans, les fleurs de grenadier, etc.

Pour l'*aegilops*,

...Si l'os est altéré, il faut l'enlever. S'il est dénudé, il faut arriver à l'élimination de la squame... Si l'os n'est ni dénudé ni altéré, il faut dessécher la fistule, remplir l'ulcus par la chair et amener enfin la cicatrisation.

... Pour cela il dilate la fistule avec de la rave ou de la courge desséchées.

L'ulcère étant dilaté, si l'os est altéré, il faut le traiter comme nous avons dit pour les autres ulcères.

Il cautérise l'os par les caustiques : l'huile de soufre, l'huile de chalcitis (probablement l'acide sulfurique) ou par le fer incandescent en protégeant la chair par une canule métallique (Cfr Alcoatin).

...L'os est très mince et si on insiste trop longtemps, l'os sain lui-même peut être brûlé. Une autre considération nest que si on insiste, la brûlure produit une certaine fumée qui peut brûler la pellicule interne des narines qui, à sa chute, laisserait l'os du palais dénudé.

Il y a une discussion sur le métal à employer : or, argent ou fer.

Il cite la dérivation à travers l'os vers les narines, mais ne la pratique pas.

Parce que nous avons un canal qui va du lacrymal vers les narines. La meilleure preuve en est que quand on pleure, une grande partie des larmes passe par les narines.

Si l'os n'est ni altéré ni dénudé, il enlève le callus avec l'onguent *ægyptiæ* et dessèche avec des « squames métalliques lavées et préparées ». Ou bien il dilate et use d'agglutinatifs, mais pas plus de trois fois.

Pour Fallope, la fistule lacrymale est une ulcération des voies lacrymales sans arrêt du transit des larmes. Il est curieux de voir que sa thérapeutique n'est pas modifiée par cette conception nouvelle.

FRANCO (29) est contemporain de Fallope et des derniers Valois. Un peu plus ancien que Paré, il a exercé en Suisse et dans la vallée du Rhône. C'est un auteur de langue française. Il a publié sa chirurgie en 1561.

De la fistule au lacrymal de l'œil

Fistule est abcès (Galien, lib. V. de compo. medica. secund. locos), qui coutumièrement vient d'un petit apostème appelé par les Arabes *garab*, qui n'est qu'un tubercule occupant la partie qui est entre l'os du nez et le grand angle de l'œil, lequel estant rompu et ouvert, soit pour n'en avoir tenu compte ou autrement vient en fistule mesmes en l'os ou à la chair.

Franco copie Guy de Chaulhac et cite l'autorité de Galien au lieu d'examiner la nature. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il ignore Fallope, son contemporain, vu les difficultés de diffusion scientifique à cette époque.

Franco nous donne un déluge de recettes médicales parmi lesquelles j'ai noté deux formules de dikhbar-dikh et la rue. C'est ce qui a fait dire à Kurt Sprengel : « Pierre Franco accordait la préférence aux caustiques. » Voici ce que nous dit Franco :

On pourrait user de cautères potentiels : assavoir avec médecines corrosives et avec éponges ou tente en la manière cy devant monstrée, qui est certes plus dangereuse pource que ne se peut mesurer comme le cautère actuel, lequel fait d'opération tant ou tant peu que l'on veut.

AMBROISE PARÉ (30), chirurgien des derniers Valois, nous a laissé dans ses œuvres un chapitre sur notre sujet :

Livre XV. — Chapitre XVI. — Des fistules lacrymales, appelées des Grecs aegilops.

Au grand coin de l'œil, il y a une glande faite de nature, pour recevoir et contenir une humidité pour lubrifier et humecter l'œil, à fin qu'il ne fust par ses mouvements desseiché..... Or ceste glande par fluxions phlegmoneuses ou par matière catarreuse et pituiteuse tombant du cerveau, s'apostème et ulcère, et quelquefois se dégénère en fistule, et par quelque temps se fait carie en l'os.

Paré confond la caroncule lacrymale avec une glande et semble croire qu'elle est le siège du mal.

Voici sa façon de traiter :

...Si l'ulcère n'est assez ample, sera appliqué dedans tentes d'éponge : et pour corriger et consumer la chair superflue de ladite glande, on appliquera dextrement au profond, médicamens cathérétiques, comme poudre de vitriol calciné, ou de mercure, eau forte, huile de vitriol, ou un petit cautère potentiel.

Et si tels remèdes ne profitent, et qu'il y eust carie en l'os, et que le patient voulust endurer, on doit user de cautère actuel, lequel je loue plus que le potentiel, pour ce que son opération est plus prompte et seure.

Paré discute pour savoir quel métal on doit employer. Il préfère le fer parce qu'il est plus terrestre, et que c'est le feu seul qui opère et non la matière du cautère.

Le cautère employé doit être de « *figure triangulaire et un peu aigu à son extrémité* ».

La protection de l'œil est assurée par une plaque de fer adaptée à l'angle de l'œil et percée d'un trou pour passer le cautère.

Paré recommande de bien « *bander l'œil sain, de peur que le malade ne voye le feu : et lui sera tenu la teste ferme, de peur qu'il ne la tourne de côté ny d'autre* ». Il recommande de faire éloigner les parents et les amis du patient comme pour couper un bras.

FABRICE D'AQUAPENDENTE (31). Elève de Fallope, a été contemporain d'Henri IV. Voici ce qu'il dit dans sa chirurgie :

L'aegilops des yeux appelé vulgairement fistule lacrymale.

Il se produit souvent dans l'angle interne des yeux une affection fistuleuse appelée par les Grecs *aegilops*, qui, bien qu'appelée fistule de l'œil, apparaît, au début, venir des paupières plutôt que de l'œil. En effet, par ce petit orifice qui existe tant à la paupière inférieure qu'à la supérieure et qui fait saillie dans l'angle interne de l'œil donnant naturellement passage aux larmes...

Notre auteur nous décrit la formation de la fistule. D'abord un flux de larme sortant des points lacrymaux, tantôt continu, tantôt intermittent sous la pression digitale ou l'action de se moucher.

Ensuite un gonflement de la région sans ulcération, les larmes deviennent de plus en plus putrides, c'est ce qu'il appelle *anchilops*, d'après Paul d'Egine (Cfr Galien). Au stade suivant, ouverture à l'extérieur. Le dernier degré est la corruption de l'os et la communication avec les narines.

Voici le traitement :

Tant que l'os n'est pas touché, on continue de traiter par les médicaments ou par les médicaments aidés de la chirurgie.

Il y a une série de médicaments parmi lesquels la pulpe triturée du fruit non mûr de bois indien.

Voici un traitement plus original :

L'affection progressant quant la sanie se mêle aux larmes et coule à chaque angle, j'ai examiné un instrument qui, comprimant aux angles le sinus fistuleux, permet de l'agglu-

tiner. C'est une éponge avec du vin rouge à l'alun que l'on exprime par des masses de plomb disposées par dessus.

Quand l'os est touché ou altéré ou dénudé, il faut se servir de la combustion par le feu.

Là notre auteur cite Celse et Paul auquel il attribue la dérivation vers les narines (Cfr Archigènes).

Sa pratique personnelle est celle d'Alcoatin. Il emploie la canule « *pour protéger l'œil et engourdir par sa compression la sensibilité de la peau* », et il emploie un cautère en forme de noyau d'olive qui agit plus vite « *et la chirurgie de l'avenir doit être rapide* ».

Notre auteur est un précurseur de l'anesthésie locale, mais sa prophétie ne s'est pas réalisée grâce justement à l'anesthésie.

Chez les gens peureux, il utilise les caustiques, et, d'après Celse, refuse d'opérer les fistules à forme cancéreuse.

FABRICE DE HILDEN (32) est considéré comme le restaurateur de la chirurgie en Allemagne. Il est contemporain de Louis XIII. Voici son traitement de la fistule lacrymale.

Il établit un régime convenable et purge suivant les humeurs.

Il applique un séton à la nuque pour attirer la matière peccante. [Ailleurs il utilise les ventouses sur les épaules ou des vésicatoires sur les oreilles. (Cfr. Théodoric).]

C'est si important qu'une fistule lacrymale invétérée est difficilement guérie sans ces moyens, car on éloigne ainsi la cause primitive du mal.

Il cautérise avec de l'« *Euphorbium per se* ».

Il y en a qui traitent par le cautère actuel l'os dans la fistule lacrymale, ce que je ne blâme point. Cependant, ma précédente méthode avec l'euphorbe m'a toujours réussi avec tant de bonheur que je n'ai pas été amené à user du cautère actuel. Cependant je ne le repousse point... car Hippocrate a affirmé que ce que le fer ne guérit pas, rien ne le guérit.

MAITRE-JAN (33), chirurgien du roi à Mery-sur-Seine, a écrit, en 1701, le chapitre de son traité qui nous intéresse.

De l'anchilops ou abcez du grand angle:

L'anchilops est une petite tumeur ou abcez qui se forme entre le grand angle de l'œil et le nez : cette tumeur est ou *Phlegmoneuse*, ou elle est de la nature des *Athéromes*.

La forme phlegmoneuse est inflammatoire, après ouverture elle évolue vers la fistule. La forme athéromateuse (Cfr. *Ætius*) évolue sans inflammation, par induration elle est susceptible de dégénérer en schirre ou cancer.

Il y a deux sortes d'abcez qu'on ne peut trop tôt ouvrir pour empêcher la fistule, celui du grand angle de l'œil et celui du fondement.

... Dans celui du grand angle, le pus, en séjournant, s'étend pareillement, forme des sinus, pénètre et ulcère le sac lacrymal, carie les os voisins et consomme cette petite chair glanduleuse située au grand angle, et par où il se fait quelquefois jour de lui-même.

Si l'anchilops n'est pas suppuré, Maitre-Jan l'amène à la suppuration et traite comme pour les abcès ordinaires.

De l'aegilops ou fistule lacrimale:

L'abcès du grand angle est si sujet à dégénérer en fistule, que sitôt qu'il est ouvert, la plupart des chirurgiens qualifient par avance l'ulcère qui reste du nom de fistule quoique véritablement ce n'en soit pas une puisque, souvent, il ne pénètre pas dans le sac lacrymal.

Maitre-Jan distingue deux sortes de fistules : Les formes cachées (c'est la dacryocystite) proviennent de

...la matière même des larmes qui s'amasse dans le sac lacrymal, à cause de quelque obstruction de ses conduits et qui par son séjour s'échauffe et s'aigrit, excorie ou ulcère légèrement la superficie intérieure de ce sac et forme une petite éminence ou tumeur de la grosseur d'un pois ou plus, qui, étant pressée se vuide ou du côté de l'œil ou par le canal nasal, quand l'humeur contenuë est assez fluide pour pouvoir passer par ces conduits, ou que ces conduits sont assez ouverts pour la laisser écouler, si elle est plus épaisse.

Les formes apparentes proviennent de l'anchilops ouvert.

Le traitement de l'aegilops comporte l'exfoliation de l'os par la cautérisation à l'esprit de vitriol ou celui de soufre (acide sulfurique) ou bien la cautérisation au fer rouge suivant la technique d'Alcoatin.

Il est curieux de voir Maître-Jan ouvrir la dacryocystite de peur qu'elle n'atteigne le sac lacrymal. On sent qu'il est gêné par les préjugés anciens pour décrire la nouvelle conception de la maladie.

PIERRE DIONIS (34) a publié la première édition de son « *cours d'opérations de chirurgie* » en 1707. Ce qu'il nous dit de l'aegilops et de l'anchilops montre qu'il ignorait le rôle des voies lacrymales. Il traite par la compression continue (Cfr. Fabrice d'Aquapendente), ou par la cautérisation avec la canule d'Alcoatin modifiée légèrement par l'adjonction d'un manche. Il a observé le sac lacrymal, sans le savoir. En voici la preuve :

Quand il n'y a qu'une petite éminence en dehors, et qu'en pressant, la matière qui la faisait s'écoule par dedans l'œil, on a sujet de croire que cette matière est bénigne et douce, et qu'elle n'a pas assez d'acrimonie pour user la peau à se faire une issue au-dehors : et quand elle n'a pas pû percer la peau, on a raison de penser qu'elle n'aura pas été non plus capable de ronger le périoste, et que l'os n'est point découvert, cette purulence pouvant s'amasser dans *un petit sac entre la peau et le péricrâne* sans causer aucun désordre qui ait de mauvaises conséquences. Quand cela est ainsi il n'y a pour guérir qu'à empêcher la matière de s'accumuler dans ce vuide, et on y réussit par la simple compression avec laquelle j'en ai guéri plusieurs, et particulièrement des enfants.

Il est curieux de voir que Dionis ignore le rôle du sac lacrymal si bien indiqué par Fallope.

G. de la Faye, qui a réédité Dionis, en 1765, explique comment on comprenait le traitement de notre auteur après la découverte d'Anel.

WOOLHOUSE, Gentilhomme Anglois et médecin du Roy d'Angleterre, est un auteur assez mal connu. J'ai trouvé l'indication sommaire de sa façon de trai-

ter les dacryocystites dans une de ses lettres à Anel (datée de Paris, 28 février 1714) et publiée par ce dernier dans la « *Suite de la nouvelle méthode de guérir les fistules lacrimales* ».

J'ai traité toute ma vie les Fistules Lacrimales naissantes et formées ; et dans les naissantes (1) ...J'ay été obligé fort souvent de faire une petite ouverture sur le lac lacrimonal seulement pour pouvoir sonder le mal et le nettoyer en y seringant (par l'incision) mes liqueurs pour guérir radicalement l'altération du sac et même pour déboucher les points lacrimaux obstruits et alcerez.

La période précédente est caractérisée par la diffusion progressive de l'idée de Fallope: l'aegilops et l'anchilops siègent dans les voies lacrymales. On connaît une vérité, on n'en fait aucun usage. Il manque la sanction thérapeutique.

(1) C'est de la dacryocyste qu'il s'agit.

CHAPITRE V

Période moderne

C'est en parlant de la fistule lacrymale qu'on a dit avec trop de raison que la richesse des méthodes et des procédés opératoires cachait mal l'impuissance de la chirurgie.

(DENONVILLIER, NELATON, VELPEAU,
F. GUYON, L. LABBÉ, Rapport sur les
progrès de la chirurgie, 1867.)

Le XVIII^e siècle a été une période remarquable au point de vue ophtalmologique. C'est à ce moment que nous voyons apparaître les méthodes de rétablissement du cours normal des larmes.

DOMINIQUE ANEL, né à Toulouse, a servi comme chirurgien militaire dans diverses armées européennes. Son nom reste attaché à une méthode de traitement des voies lacrymales grâce à un mémoire intitulé :

Observation singulière sur la fistule lacrimale (sic) dans laquelle l'on verra que la matière des fistules lacrimales s'évacuë très souvent par les points lacrimaux ; en même temps l'on apprendra la méthode de

les guérir radicalement sans être obligé d'avoir recours au bandage compressif, au caustique, au fer ni au feu, par le moyen de deux opérations nouvellement inventées et mises en pratique le 20 février 1713 (35).

Voici ce qu'il nous dit de l'anatomie et de la physiologie des voies lacrymales :

Le sac lacrimal est un conduit qui se continue depuis les paupières jusque dans le nez : il a deux orifices supérieurs nommés points lacrimaux et un inférieur que j'appelle le point excrétoire du sac lacrimal : ses trois orifices sont fort étroits ; et son milieu appelé sac est assés ample respectivement à ses orifices ; ce qui me fait comprendre que ce sac sert en même temps de réservoir et de conduit. De réservoir, parce que les sérosités qui se filtrent des grandes, qui se rencontrent à sa membrane, celles qui luy viennent des yeux par les points lacrimaux, et celles qui luy viennent du cerveau par les parties spongieuses du nez, suivant Diemerbroek, se melent ensemble, et sejourment quelque temps dans sa capacité ; de conduit puisqu'après avoir reçu les sérosités des yeux par les points lacrimaux, il les laisse passer ensemble avec celles des autres filtrations par son point excrétoire, de sa capacité dans celle du nez.

En outre, dans la tristesse et dans la joie, il admet un reflux normal des larmes par les points lacrymaux (Cfr. Bienvenu de Jerusalem). Voici maintenant comment se forment la dacryocystite et la fistule lacrymale :

Mais quand le point excrétoire du sac lacrymal vient à s'obstruer et à se boucher intiererement (*sic*) ; les sérosités ne pouvant plus passer du sac lacrimal dans le nez séjournent dans ce sac qui s'en trouve bientôt rempli..... Ces sérosités sont plus ou moins acres et corrosives..... elles le dilatent

ou le corrodent, ou forment des calosités; et même après l'avoir rongé dans quelque endroit, elles agissent sur les os qui continent (*sic*) le sac lacrimal..... ces sérosités ouvrent plusieurs vaisseaux sanguins, dont les matières... forment le pus, lequel l'on voit sortir des fistules lacrimales, par un petit ulcère produit par la corrosion du pus dans le grand cantus (*sic*) de l'œil ou bien dans la caronculle (*sic*) lacrimale; mais lorsque ces matières soit séreuses soit purulentes sont bénignes, étant moins acres et moins corrosives, elles s'évacuent pour lors par les points lacrimaux, sans se pratiquer un passage ni par le grand cantus (*sic*) ni par la caronculle lacrimale.

C'est à Gênes qu'Anel a découvert la méthode de traitement qui porte son nom. L'abbé Fieschi, neveu du cardinal-archevêque de Gênes, était atteint d'une dacryocystite double. Les traitements pratiqués par les chirurgiens de Gênes ayant échoué, il fit rédiger une observation de sa maladie et s'apprêtait à se rendre à Montpellier quand il fut soigné par Anel. Voici la traduction de l'observation rédigée par les chirurgiens :

Monsieur NN agé d'environ 24 ans se trouve depuis longtemps attaqué d'une facheuse indisposition dans les deux grans (*sic*) angles des yeux, d'où il en sort par la compression une matière séreuse, crasse, visqueuse et de mauvaise odeur, même en quantité, laquelle séjourne dans des sinus.

On attribue à diverses causes l'origine de cette maladie, comme à une fluxion ou dérangement d'humeur du cerveau, qui se dépose dans les glandes et qui rend ces parties faibles et capables d'être imbibées de quelque portion d'humeur qui forme et produit un sinus dans les sus dites parties.

On pourrait aussi faire réflexion, si ce mal ne proviendrait point de quelque reliquat d'une mauvaise qualité d'humeur,

que la petite vérolle (*sic*) aurait laissée au malade, de laquelle maladie il fut attaqué à l'âge de 7 ans, sans s'être jamais pourtant aperçu qu'une telle maladie lui aye laissée depuis aucune indisposition.

Ayant examiné toutes choses, on en a entrepris la cure avec tous les remèdes universaux et particuliers, corroborants et balsamiques en faisant observer au malade un bon régime de vivre. On lui a même fait prendre par le nez des poudres externutatoires (*sic*) et dessicatives, pour purger le cerveau et procurer une salubre évacuation par cette voye la; mais tous ces remèdes n'ont apporté au malade aucun soulagement ni diminution de mal.

On demande à présent, si l'on en doit venir à l'opération en ouvrant la peau des deux grans angles des yeux sur les sinus fistuleux, pour empêcher l'impression des matières, qui pourrait ronger les os onguis (*sic*) ou l'angle supérieur du maxillaire supérieur, qui sont exposés à être corrodés par le continuel séjour de la matière dans ces parties.

Cette opération peut être pratiquée en trois manières; avec le fer, le cautère actuel ou potentiel, ouvrant la peau dans les grans cantus des yeux sur l'endroit des sinus pour faciliter l'issue à la matière. Affin (*sic*) de parvenir à une parfaite guérison, on peut encore mettre en usage la compresse avec l'instrument propre aux fistules lacrimales. On remet pour tant le tout, Mesieurs (*sic*) à vos meilleurs avis pour la guérison de ce seigneur.

En examinant son malade, Anel constate que la matière purulente ne sort ni par la caroncule, ni au canthus, mais par les deux points lacrymaux, ce qui, dit-il, ne figure pas dans les classiques. Il généralise et admet que c'est le cas normal. Il explique l'erreur classique par le fait que le pus, sorti par les points lacrymaux, se répand sur la caroncule et semble en sortir.

Anel désirait vivement connaître l'état des voies lacrymales et des os voisins pour éviter, si possible, l'ouverture du canthus, opération toujours douloureuse, c'est pourquoi il pense à sonder les voies lacrymales. Si elles sont obstruées, il les débouchera et rétablira ainsi le cours des larmes.

.....Je projettais en même temps une autre opération par le secours de laquelle je pensais d'introduire les médicaments au moyen d'une petite seringue dont le tuyau fut très subtil, et capable d'être introduit par les points lacrymaux, pour faire pénétrer les remèdes jusque dans le sac lacrimonal; afin de guérir par ce moyen les ulcérations de ce sac.

Avec une soie de sanglier, Anel détermine le calibre des points lacrymaux et avec l'aide d'un orfèvre français, Jean-Baptiste Dieulafis, il fabrique des sondes boutonnées et un embout de seringue qu'il adapte à une petite seringue d'Angleterre (c'est ce que nous appelons la seringue d'Anel). Voici comment il s'en servait :

Je sondai la fistule par le point lacrimonal supérieur parce que l'introduction de la sonde est plus praticable par ce point là que par le point lacrimonal inférieur : par la raison que la ligne que la sonde décrit dans son trajet est moins courbe que celle qu'elle décrirait par le point lacrimonal inférieur.

Au contraire, j'ay fait l'injection par le point lacrimonal inférieur; parce que ce point est moins vacillant et plus facile à être assujéti... de sorte que l'injection par ce point là est possible quoique très difficile et jusqu'au contraire, je la tiens pour impraticable par le point lacrimonal supérieur. D'ailleurs, il est indifférent... pourveu que la liqueur entre dans le sac lacrimonal.

L'abbé Fieschi fut guéri très rapidement de ses deux « *fistules* » (en réalité deux dacryocystites). Anel, bien que très fier de son succès si rapide, ne va pas jusqu'à étendre les indications de sa méthode à toutes les fistules. Il réserve certains cas aux anciens traitements.

Par exemple, si on avait négligé une fistule lacrimale et que par la malignité de la matière, elle eut formé des calosités considérables..... eussent porté leur mauvais effet jusqu'aux os en les cariant..... Il faudrait que l'on en vint à l'ouverture du sac, en l'ouvrant par le grand canthus de l'œil, au moyen de quelque caustique, du fer ou du feu.

Pour les fistules récentes avec « *obstruction* », « *dilatation* » et ulcération du sac :

On peut guérir ces sortes de fistules en débouchant le sac lacrimal et en injectant dans sa capacité quelque eau minérale, artificielle ou naturelle de la même manière que je viens de l'enseigner.

Anel indique donc un traitement hydrominéral pour la fistule lacrymale.

Une guérison encore plus retentissante que celle de l'abbé Fieschi, fut celle d'une princesse de la Maison de Savoie, bisaïeule du roi de France Louis XV.

La méthode d'Anel a été tout de suite répandue partout et tous les auteurs qui suivent en ont parlé. Elle est encore en usage aujourd'hui, sauf qu'on ne fait plus passer la sonde par le point lacrymal supérieur, mais par l'inférieur.

Anel a encore publié un opusculé sur les voies lacrymales (36) où il invente une nouvelle maladie des voies

lacrymales, « l'hydropisie », pour expliquer les échecs de sa thérapeutique.

PLATNER a publié, en 1724, une dissertation « *de Fistula lacrymali* » (37) qui est intéressante parce que nous y voyons l'extirpation du sac pratiquée pour la première fois en sachant ce qu'on faisait. (Cfr. Aétius).

Tous les auteurs qui ont traité de la fistule lacrymale sont tombés dans cette erreur, nous devons l'observer, qu'ils recommandent la perforation de l'os lacrymal mais négligent entièrement l'extirpation du sac. Celle-ci cependant est à ce point nécessaire que si la chirurgie ne la prend pas en considération, les larmes qui distillent sans cesse vers ces parties s'arrêtent, se putréfient et engendrent souvent une nouvelle fistule.

On enlève la partie supérieure du sac en faisant une incision transversale vers le lieu où les meats lacrymaux s'y terminent, en y introduisant une sonde de telle manière que le chirurgien ne soit pas trompé par la calosité de la fistule et soit bien certain de la situation du sac lacrymal.

On peut se demander en quoi consiste exactement cette prétendue extirpation qui se limite à la partie supérieure du sac, tout au plus. Il serait étonnant que cette thérapeutique fût efficace, car elle fait partie de tout un ensemble préconisé par WOOLHOUSE, comme Platner le dit un peu plus loin.

Pour veiller à ce que les larmes s'écoulent dans les narines par la même voie, on perfore l'unguis et le nouveau canal doit être non seulement formé mais conservé.

Cette perforation s'opère au fer rouge pour certains ⁽¹⁾, mais on ne l'emploiera que si l'os est altéré; d'autres se servent du trépan aigu ⁽²⁾; d'autres, enfin, d'un instrument spécial que les Français appellent « poussoir ». Est particulièrement favorable l'emploi de la sonde creuse dont on a rendu quelque peu tranchants la pointe et les bords.

La perforation doit être ainsi conduite qu'on tienne compte de l'orbite et de la racine des narines et l'on sait que l'on a pénétré dans les narines quand il y a crachat sanglant et sortie du sang par les narines ⁽³⁾.

On tourne légèrement cette sonde creuse dans le nouvel orifice pour l'agrandir autant que possible; on nettoie soigneusement la plaie de toutes les squamules osseuses, on la lave à l'eau chaude. Quant aux débris qui demeurent, ils s'éliminent avec le temps.

Avec la succession du temps, l'hémorragie et l'inflammation étant calmées, on déterge les impuretés de la plaie et on extirpe le callus des sinus fistuleux, ce qui se fait soit avec le scalpel... soit avec des remèdes puissants caustiques. L'efficacité de la pierre infernale est très rapide.

...On doit pratiquer une nouvelle voie aux larmes, à cette fin on a souvent fait l'éloge de Woolhouse qui de tous est facilement le premier en matière d'ophtalmiatrie et qui a imaginé une petite canule pour tenir ouvert l'orifice..... à deux modèles...

Le premier qui sert à former le callus a un rebord sur sa partie externe qui réprime légèrement les chairs..... La donnée principale est, au moyen de petites sondes et d'injections fréquentes à la seringue, de diriger les méats lacrymaux vers ce nouveau canal. Cependant la plaie externe doit être conservée... jusqu'à ce que ce résultat soit obtenu.....

(1) Cfr. Guillaume de Salicet.

(2) Cfr. Archigènes.

(3) Cfr. Rasés.

Quand on a enfin obtenu que l'humeur lacrymale passe dans les narines par ce nouveau conduit artificiel mais que le reste de la plaie tend vers la consolidation, on change ce tube contre une plus petite canule en or ou en plomb qui n'a aucun rebord extérieur mais qui doit être ainsi adaptée que son orifice soit égal à la perforation et s'applique bien sur l'os.

La cicatrice doit être ainsi conduite, pour la plaie extérieure, que cette canule soit recouverte et cachée dans l'accroissement de la chair et des téguments. Ce que l'on obtient par la scarification des lèvres de la plaie...

Le malade, autant que possible, évitera l'éternuement et le vomissement.

Par cette méthode, si tout est bien observé, la fistule lacrymale est guérie et l'œil ne pleurera pas après guérison.

Platner signale que la canule tombe dans les narines, au bout d'un certain temps, à l'occasion d'une violente secousse du corps et de la tête.

Alors cependant, comme le nouveau méat est déjà formé et induré, il n'y a aucune crainte d'obstruction et tout va bien surtout si, comme nous l'avons enseigné plus haut, le sac lacrymal a été duement et entièrement extirpé.

Platner parle constamment de l'extirpation du sac lacrymal. Que faut-il entendre par là ? Est-ce une extirpation comme aujourd'hui ? Je n'en crois rien, vu les difficultés qu'on rencontre si on n'emploie pas un outillage spécial. On pourrait bien admettre une extirpation de la paroi antérieure seule, mais que vient faire ici la dérivation vers les narines ?

Platner fait preuve d'une grande naïveté en admettant qu'il peut reconstituer les voies lacrymales avec

ses canules et diriger les méats lacrymaux vers ce nouveau canal au moyen de petites sondes et d'injections fréquentes à la seringue.

Platner n'invente rien puisque : Aétius avait déjà extirpé le sac lacrymal, à la vérité sans savoir ce qu'il extirpait ; Issa-ben-Ali avait employé une « tente » pour maintenir ouverte la nouvelle voie et Rasés avait indiqué le signe du sang sortant par le nez et la bouche, qui indique la réussite de la perforation, signe inférieur à celui qu'indique Abulcasis : l'air sortant par l'orifice.

J.-L. PETIT a présenté à l'Académie Royale des Sciences une série de mémoires sur la fistule lacrymale en 1734, 1740, 1743, 1744, 1745 qui, réunis, forment le V^e chapitre du traité des maladies chirurgicales (38). Voici ce qu'il nous dit au sujet du fonctionnement des voies lacrymales :

Il ne faut que jeter les yeux sur la figure que représente les points lacrymaux, leur conduit commun, le sac lacrymal et le canal nasal; toutes ces parties font une même continuité de canal, qui, par sa figure et son usage, mérite le nom de siphon lacrymal.

Deux choses sont essentielles à ce siphon pour qu'il pompe les larmes : ...qu'il soit plein de fluide..., que la branche qui trempe dans le fluide soit plus haute que celle qui le dépose...

...ce siphon étant une fois plein de larmes... les larmes couleront sans interruption de la branche la plus haute dans la plus basse; et cela suffit pour que les larmes coulent continuellement dans le nez.

Voilà pour la théorie du siphon lacrymal, nous retrouverons plus loin la comparaison de l'appareil lacrymal et de l'appareil urinaire déjà indiquée par Anel au point de vue anatomique mais non physiologique.

Passons à la description des maladies :

La fistule lacrymale est un ulcère [dont l'entrée est étroite et le fond large, et dont les bords, aussi bien que les environs, sont durs et calleux] qui attaque le siphon lacrymal.

Cette définition se rapproche de celle donnée par Fallope. Il y a deux autres types.

dont l'une est à la vérité lacrymale mais n'est point fistule, et l'autre est fistule mais non pas lacrymale.

La première est la dacryocystite moderne.

Cette maladie, qui n'est point fistule lacrymale, doit être nommée rétention des larmes, et l'on ne peut lui refuser ce nom, si l'on fait attention au rapport qu'elle a avec la rétention d'urine.

En effet, les points lacrymaux déposent les larmes dans le sac lacrymal comme les uretères déposent les urines dans la vessie. Le canal nasal conduit les larmes dans le nez, comme l'uretère (1) conduit les urines au dehors; l'obstruction de celui-ci est cause de la rétention des urines dans la vessie, et l'obstruction du conduit nasal qui empêche les larmes de couler dans le nez, les retient dans le sac lacrymal.

Dans ce cas, on ne peut expliquer le cheminement des larmes par le mécanisme du siphon.

Il en faut nécessairement conclure que l'action des paupières est réellement une des causes qui poussent les larmes dans les points lacrymaux et dans le sac lacrymal.

(1) L'urethre.

Il est inutile de réfuter la théorie du siphon lacrymal et sa comparaison avec l'appareil urinaire. Rappelons seulement que le sac lacrymal est rarement plein à l'état normal et que l'appareil lacrymal est ouvert à la conjonctive, tandis que l'appareil urinaire est totalement clos. Il est d'ailleurs ridicule de comparer un appareil essentiel à un organe accessoire.

La troisième maladie à laquelle on donne ce nom, est celle que j'ai dit être fistule sans être lacrymale. C'est la suite d'un petit abcès au coin de l'œil, qui s'ouvre souvent de lui-même et devient fistuleux...

Voici le traitement imité de Woolhouse :

Pour détruire ces effets il ne s'agit donc que de déboucher ce siphon, puis les larmes couleront dans le nez et alors, plus de larmolement, plus de rétention de larmes, plus d'inflammation, de rupture ni de fistule.

Pour déboucher ce siphon je fais une incision au sac lacrymal, j'y introduis une sonde canelée, je la pousse jusque dans la narine, et par ce moyen je débouche le canal. La canelure, ou gouttière de cette sonde, me sert à conduire dans la voie qu'elle vient de tracer, une bougie avec laquelle je tiens ce canal ouvert. Je change tous les jours cette bougie^e; j'en cesse l'usage quand je crois que la surface interne du canal est bien cicatrisée : alors les larmes reprennent leur cours naturel, et la plaie extérieure se réunit en deux ou trois jours.

J.-L. Petit déconseille toute autre thérapeutique.

La description très simple et très ingénieuse du siphon lacrymal présente un grave défaut, elle est complètement fausse. Il n'empêche qu'elle a été admise

par tous les auteurs pendant très longtemps. Personne n'a trouvé ridicule la comparaison avec l'appareil urinaire, et nous voyons quantité d'auteurs louer « l'idée si simple et si originale de J.-L. Petit ».

MEJEAN a préconisé en un mode de sondage rétrograde pour éviter le passage par les points lacrymaux trop étroits sans passer à travers la paroi antérieure du sac, ce qui évite une cicatrice.

C'est une des nombreuses méthodes préconisées.

PERCIVAL POTT, chirurgien anglais, a publié, en 1758, une « *observation on that disease of the Eye Called Fistula lachrymalis* » (39).

Dans la description de la maladie, il imite J.-L. Petit. Il explique les modes de traitement anciens par la conception qu'on se faisait alors de la maladie.

Son traitement est résolument conservateur, « *parce que l'on doit se proposer de conserver le sac lacrymal et le conduit nasal et non pas de les détruire* ».

Il cite la thérapeutique d'Anel, la compression de Fabrice d'Aquapendente, et de nombreux chirurgiens de Paris, mais n'imité pas ces derniers.

Lorsque les méthodes conservatrices échouent :

Lorsqu'elles ne réussissent point, la chirurgie ne connoît plus d'autre moyen que celui de former un passage artificiel à la place de l'autre.

Au lieu de maintenir le nouveau passage par la cautérisation ignée, il préfère la technique de Platner, qu'il attribue à « *quelques auteurs français* ».

ANTOINE SCARPA, dans le premier chapitre de son « *Saggio di osservazioni e di esperienze sulle principali malattie degli occhi* » (40), paru en 1801, appelle *Flux puriforme des paupières* ce que nous appelons dacryocystite.

Scarpa est l'inventeur du clou qui porte son nom. Voici comment il l'employait :

Après avoir incisé le sac dans toute sa longueur, de manière que toute sa surface interne soit à découvert, le chirurgien introduira dans son fond une sonde de médiocre grosseur, qu'il dirigera, par le canal nasal, jusque dans la narine correspondante, en donnant à cet instrument une légère inclinaison de dehors en dedans ; puis, la sonde étant retirée, il y substituera une petite bougie d'une grosseur proportionnée au calibre du canal.

Il maintient la bougie tout le temps nécessaire pour obtenir la rétraction du sac lui-même au moyen de médicaments.

Dès que le chirurgien se sera assuré que le sac est à peu près réduit à son état naturel dans toutes ses dimensions, il cessera l'usage des escarotiques pour leur substituer de la charpie imbibée d'eau de chaux mêlée avec du miel rosat.

Ensuite, la cicatrice faisant des progrès évidens, depuis les contours de l'incision du sac jusque dans l'intérieur, le flux puriforme étant supprimé, on retirera la bougie ou la tente de gomme élastique placée dans le canal nasal, le jour même de l'opération, pour lui substituer une tente de plomb configurée de manière que son extrémité supérieure porte une petite lame de même métal, longue de quatre lignes sur un peu plus d'une de largeur.

Ce corps sera tout solide ; il continuera pendant quelque

temps à maintenir le canal nasal dilaté et par son propre poids, il fera que la petite lame, appuyée au dehors sur tout le trajet du sac lacrymal, le comprimera continuellement de dehors en dedans.

...Dès que le chirurgien verra que par l'usage de cette lame, le sac lacrymal, loin de faire saillie au dehors, est au contraire enfoncé dans le sillon de l'os unguis, il retirera pour toujours la tente de plomb, et laissera se fermer l'ouverture extérieure.

En somme Scarpa prétend appliquer une pression continue par la lame de son clou.

DUPUYTREN (41) a attaché son nom à une canule utilisée pour rétablir le transit normal des larmes. Il déclare lui-même l'avoir empruntée à FOUBERT, auteur sur lequel je n'ai aucun renseignement.

M. Dupuytren... reprit la canule de Foubert, mais en modifiant tellement le procédé opératoire et l'instrument que l'on peut dire avec raison que l'un et l'autre lui appartiennent, et qu'il ne doit rien sous ce rapport à ses devanciers. Il sut adapter parfaitement la canule au canal nasal, la rendre plus facile à supporter, moins disposée à tomber dans les cavités nasales ou à remonter vers le sac lacrymal.

Voici la façon de procéder : On pratique une incision avec le bistouri et on fait glisser sur la lame la canule munie de son mandrin. On retire le mandrin et le plus souvent le malade ne s'aperçoit pas de la présence de la canule.

Cette méthode a eu une grande vogue, mais les résultats n'ont pas été merveilleux. On a extrait les

canules de Dupuytren qui gênaient les malades ou étaient tombées dans les fosses nasales et la méthode n'a plus eu qu'une valeur historique au même titre que le clou de Scarpa.

A partir du XIX^e siècle les thèses des facultées de France ont été soutenues en français. On a là une source de renseignements précieux sur les idées courantes de l'époque. J'ai pu consulter près de deux-cent thèses sur les voies lacrymales. La plus part ne valent qu'une simple indication bibliographique. Il y en a une qui mérite une mention spéciale.

MALGAIGNE fait une étude soignée de l'histoire des voies lacrymales dans sa thèse d'agrégation (20 août 1835), « *Quel traitement doit-on préférer pour la fistule lacrymale* », malheureusement ses recherches ne remontent pas au delà de Maître-Jan. Il passe en revue toutes les thérapeutiques proposées.

Cette thèse a été copiée pour l'historique par tous ceux qui ont fait, à Paris, une thèse sur les voies lacrymales. On en a la preuve parce que les auteurs qui ont copié Malgaigne reproduisent sa pensée, juste, sous une forme fausse.

BOWMAN (42) a découvert, et publié en 1857, non pas un nouveau traitement, mais un détail de technique qui facilite l'application des sondes de J.-L. Petit.

Considérant combien l'opération qui consiste à inciser les points lacrymaux renversés en dehors était innocente, je commençai, dès 1851, dans tous les cas d'obstruction lacry-

male, à fendre le point lacrymal jusqu'à la caroncule, et j'arrivai ainsi par degrés à une méthode qui me permit de traiter presque toutes ces obstructions sans toucher à la peau. J'ai trouvé qu'il était possible de traiter mécaniquement le plus grand nombre des cas en introduisant dans les canaux lacrymaux supérieur ou inférieur, après les avoir fendus à partir du point lacrymal, des sondes de dimension convenable, que je poussais en bas dans le nez. Je pouvais ainsi agir par le moyen du stylet sur toute la longueur des voies lacrymales, et non pas seulement sur le canal nasal comme dans l'ancienne méthode.

...J'ai évité les inconvénients qui résultent de l'incision de la peau, et établi dès le début du traitement, une ouverture permanente, invisible, exempte d'inconvénient, et à travers laquelle dans les cas de récurrence, on peut recommencer de suite le traitement par les sondes.

Les canalicules lacrymaux étant susceptibles de recevoir une sonde bien plus grosse que celle qui pourrait passer par les points lacrymaux normaux.

Voici quelle est la meilleure manière de procéder pour fendre les points lacrymaux.

Bowman passe sa sonde n° 1 dans le point lacrymal.

...puis à l'aide d'un petit bistouri très affilé tenu de la main droite, on fend le canal du côté de la conjonctive, depuis le point lacrymal jusqu'à la caroncule.

Les sondes de Bowman vont du n° 1, dimension d'un cheveu, au n° 6, de un vingtième de pouce ($1 \frac{25}{100}$ 26) de diamètre.

J'explore dans tous les sens le canal nasal en poussant une fois au moins en bas jusque dans la narine une sonde n° 6 même lorsque le sac n'est pas enflammé. Lorsqu'il laisse échapper du mucus ou du pus, il faut y revenir plusieurs fois, jusqu'à ce que l'on ait bien dégagé le canal nasal.

Pour bien se rendre compte de la grande vogue de la méthode de Bowman, il faut lire les contemporains. Je citerai ceux que rapporte le Professeur Villard (86) en 1927.

La méthode imaginée par Bowman eut un immense retentissement dans le monde des oculistes. Aussi peut-on dire, sans aucune exagération, avec CRITCHETT, qu'elle « fut bientôt adoptée par tous les ophtalmologistes partisans du progrès » dont certains, comme Williams, dans leur enthousiasme, parlent « du génie de Bowman qui, le premier, mit en pratique cette idée si simple et si heureuse de frayer un libre passage vers le sac et le canal nasal en ouvrant un des points lacrymaux »...

Toujours dans le but d'obtenir une dilatation aussi importante que possible, un assez grand nombre de cliniciens eurent recours à des sondes excessivement volumineuses et, comme le dit avec humour Gillet de Grandmont, si grosses que « l'urèthre s'en contenterait dans bien des cas »... le diamètre atteignait jusqu'à quatre millimètres.

WEBER a inventé le couteau boutonné qui porte son nom pour faciliter l'incision des points et des canalicules lacrymaux. L'usage de cet instrument s'est conservé jusqu'à nos jours et a remplacé la sonde et le petit bistouri de Bowman.

STILLING (de Cassel) (43) a publié en 1868 un « *Nouveau procédé opératoire, par l'incision interne des coarctations des voies lacrymales* ».

D'après lui :

Les rétrécissements des voies lacrymales peuvent être produits : 1° par des replis de la membrane muqueuse; 2° par la disparition du tissu élastique de la membrane muqueuse et son remplacement par un tissu cicatriciel.

Il compare les rétrécissements des voies lacrymales à ceux du canal de l'urètre et propose de faire pour les voies lacrymales ce qu'on fait pour l'urètre.

A cause de l'étroitesse des voies lacrymales, on ne peut pas se servir d'instruments analogues aux urétrotomes. On doit se contenter d'inciser les rétrécissements à l'aide d'un petit couteau à lame non recouverte, au risque même d'inciser les parties saines plus profondément qu'il ne le faudrait pour la guérison du rétrécissement. Mais une pareille blessure n'a pas la même importance pour le canal lacrymal que pour l'urètre...

Traitement consécutif. La guérison du rétrécissement est entièrement abandonnée à la nature.

L'opération préconisée par Stilling a connu une vogue inouïe comparable à celle de Bowman. Pour s'en rendre compte, il suffit de lire les résultats opératoires de cette méthode, obtenus par WARLOMONT (44).

C'est au point qu'aujourd'hui notre cabinet est entièrement débarrassé de ces malades larmoyants qui, naguère encore, y venaient périodiquement pour se faire passer la sonde. Ils

s'y rendent une ou deux fois maintenant, une première fois pour être opérés, une seconde pour annoncer qu'ils sont guéris et tout est dit.

La vogue de cette méthode fut courte, car les résultats sont bien différents de ceux qu'annonçaient Warlomont.

Certains auteurs ont complété ce traitement par le passage des sondes de Bowman, contrairement à la façon d'opérer de Stilling, sans qu'il y ait amélioration des résultats.

BERLIN (45), professeur à Berlin, a extirpé pour la première fois le sac lacrymal en juin 1866 ; voici comment il raconte son opération :

L'ouverture du sac fut faite comme à l'ordinaire ; seulement, je prolongeai l'incision en haut et en bas, à travers la peau et la muqueuse. Après avoir saisi fortement, à l'aide de la pince, le bord muqueux de la plaie, j'introduisis le tranchant du couteau entre la muqueuse et la peau. Mon intention était d'extirper le sac muqueux tout d'une pièce. Mais j'avais compté sans la grande friabilité de la muqueuse et je ne pus enlever celle-ci que par lambeaux de 2 à 3 lignes carrées.

Je n'ai pas besoin de vous apprendre, Messieurs, que les opérations qu'on pratique à cette région et à cette profondeur, sont souvent rendues fort longues et fort difficiles par l'abondance de l'hémorragie. Aussi ne serez-vous pas étonnés que cette extirpation du sac lacrymal, y compris la chloroformisation, ait duré près d'une heure.

Berlin cite Hätter qui employa le même procédé, mais fit l'opération en deux temps séparés par une dilatation du sac avec l'éponge.

Un deuxième cas de Berlin ne put être extirpé que par lambeaux et présenta une récurrence. Alors il lia les canaux lacrymaux.

Ce qu'il y a de très curieux, c'est qu'après l'extirpation (?) du sac lacrymal, les voies lacrymales restèrent perméables.

Voici ce que Berlin pense de sa méthode :

L'opération du sac lacrymal est une opération difficile, il est vrai, mais elle permet de détruire toute la muqueuse en moins de temps, avec moins de danger et avec plus de certitude de succès qu'on ne peut le faire à l'aide des caustiques.

La PERIODE MODERNE est caractérisée par un grand nombre de méthodes thérapeutiques. Chaque méthode nouvelle a une vogue très grande mais éphémère. Les vieilles méthodes de cautérisations sont perfectionnées par l'invention du thermocautère pour la cautérisation actuelle et par l'emploi de caustiques nouveaux pour la cautérisation potentielle.

Chaque auteur a sa méthode propre, dont les résultats sont mauvais, mais ne sont pas inférieurs aux autres méthodes.

L'extirpation du sac est rejetée par la plupart des auteurs qui jugent cette méthode trop difficile en suivant la technique de Berlin.

CHAPITRE VI

Période contemporaine

Il arrive que leurs mains ont du succès.

(L'ECCLESIASTIQUE, chap. XXXVIII, 13.)

Nous faisons commencer la période contemporaine vers 1890. Elle est caractérisée par l'apparition d'opérations délicates qui exigent l'immobilité du malade et par conséquent l'anesthésie. D'autre part, pour obtenir une cicatrice non disgracieuse, il est indispensable d'opérer aseptiquement afin d'éviter la suppuration. Ce n'est pas qu'on ait ignoré l'anesthésie et l'asepsie jusque là, mais on ne s'en est pas servi pour inventer des opérations nouvelles sur les voies lacrymales.

M. le professeur ROLLET, à partir de 1896 (46) a pratiqué l'extirpation du sac lacrymal systématiquement. Etablissons tout de suite les différences des techniques de Rollet et de Berlin.

I° Berlin ouvre le sac. Le Professeur Rollet laisse le sac entier, ce qui permet : 1° De ne pas déverser le contenu purulent du sac dans la plaie; 2° de vérifier au cours de l'opération qu'on extrait bien le sac en totalité, sans laisser de lambeaux, cause des récidives et de la perméabilité des voies lacrymales constatée par Berlin après son extirpation (3) du sac lacrymal.

II° Berlin opérait avec les pinces et le couteau, ce qui provoquait la dilacération du sac et faisait trouver cette opération laborieuse par les opérateurs. Le Professeur Rollet (élève d'Ollier) opérait avec la rugine, ce qui permettait le décollement complet et plus aisé du sac et de l'os sans déchirer le sac.

L'extirpation du sac considérée comme difficile et même dangereuse par les ophtalmologistes devient facile et se généralise. Pour les détails de technique je renvoie à la thèse de Vadon (213) inspirée par le Professeur Rollet.

La technique primitive a bien peu varié : suppression du drainage et de la suture, anesthésie locale au lieu de l'anesthésie générale, enfin et surtout *l'extirpation totale du sac lacrymal et du canal nasal membraneux* (57).

Les résultats : suppression rapide, complète et définitive des voies lacrymales, c'est-à-dire la réalisation parfaite de la plus ancienne des grandes méthodes de traitement des voies lacrymales.

TOTI (86), en 1904, a préconisé une opération à laquelle il a donné le nom peu euphonique de « *dacryocystorhinostomie* ».

Cette opération consiste à ouvrir la paroi du sac, la paroi osseuse et la muqueuse nasale en face les unes des autres et à maintenir l'ouverture par un tampon de gaze, en opérant par la voie externe.

DUPUY-DUTEMPS et BOURGUET ont perfectionné cette méthode en suturant les parois du sac à la muqueuse nasale, c'est la « *dacryocystorhinostomie plastique* ».

WEST et POLYACK ont repris et perfectionné une opération analogue à celle de Toti, mais en opérant par la voie endonasale, signalons à ce propos un précurseur, GERDY (61), qui a pratiqué une opération analogue sous le nom de « *Rhynotomie (sic) lacrymale* » en 1843.

Nous nous excusons d'être si bref et de passer sous silence certaines méthodes, en particulier l'électrolyse des voies lacrymales. Cette méthode est trop récente et ne se rattache pas au passé. Nous avons peu insisté sur la dernière période qui, n'étant pas encore entrée dans l'histoire, se trouve hors de notre sujet. Comme l'a dit Kipling : *That is another story*.

CHAPITRE VII

Vue d'ensemble

Il faut qu'un interprète connaisse non seulement la langue de laquelle il traduit et celle dans laquelle il traduit, mais encore la science dans laquelle il opère.

(AHMED, auteur arabe [L. LECLERC, Histoire de la médecine arabe, t. II, p. 403.])

Anatomie et physiologie des voies lacrymales

Les voies lacrymales ne nécessitent pas d'appareils compliqués pour leur étude. La logique voudrait donc qu'on les connaisse depuis très longtemps.

Depuis HIPPOCRATE on sait que la conjonctive est en rapport avec les fosses nasales.

Severus, le premier, parle d'un petit trou naturel qui avoisine l'angle de l'œil.

GALIEN donne une description pour une part fantaisiste. Le finalisme lui fait admettre une filtration des larmes par la caroncule et un reflux normal par les points lacrymaux.

BIENVENU DE JERUSALEM a observé les points lacrymaux. D'après lui, le point lacrymal supérieur verserait dans le sac conjonctival les larmes provenant du cerveau, et l'inférieur celles qui proviennent du cœur.

La description anatomique de *Fallope* a peu d'intérêt par elle-même.

Carcanus, *Stenon* et *Diemerbroek* ont précisé l'anatomie des voies lacrymales sans qu'on puisse dire à qui en revient le mérite.

J.-L. PETIT décrit le fonctionnement de l'appareil lacrymal comme semblable à celui d'un siphon. Les larmes chassées par les mouvements des paupières amorceraient le siphon. Il a comparé l'appareil lacrymal à l'appareil urinaire au point de vue physiologique.

Après la généralisation de l'extirpation des voies lacrymales on a constaté qu'elles n'étaient pas indispensables.

Les affections des voies lacrymales

Pour la description des affections des voies lacrymales, il faut distinguer deux grandes périodes séparées par FALLOPE qui, le premier, déclare que les voies lacrymales sont le siège de l'aéglilops et de l'anchilops.

La grande période avant Fallope se subdivise ainsi :

AVANT GALIEN on décrit une fistule (Celse) ou un abcès (Severus) siégeant dans la région du « grand canthus ». C'est l'ÆGILOPS.

GALIEN décrit l'aegilops comme un abcès ouvert. Avant l'ouverture il l'appelle ANCHILOPS. L'autorité de Galien a prévalu jusqu'à Fallope.

Aetius a décrit l'anchilops comme étant un athérome.

LES ARABES ont décrit l'aegilops sous les noms de GHARB et de NAÇOUR-A-MAQ-EL AIN comme un abcès dégénérant facilement en fistule. Ils ont plus rarement transcrit anchilops par *Akilous*. Ils tendent à classer sous le même nom les deux formes aegilops et anchilops. Il y a donc un RETOUR EN ARRIÈRE.

ABOU-ZEID-HONÉIN-BEN-ISHAQ-EL-IBADY (*Johannitius*) classe le gharb avec l'épiphora et l'encanthis dans les maladies du « *maq-el aïn* » (grand canthus). Il attribue le gharb à un abcès banal indépendant des voies lacrymales. Les voies lacrymales étant cause de l'épiphora et de l'encanthis. Il semble avoir découvert le symptôme du REFLUX DE LA SANIE par compression de la tumeur.

ABOU - MEROUAN - ABD - EL - MALEK - BEN - ABIL - OLA-BEN-ZOHR (*Avenzoar*) a observé la complication due à un ulcère de la cornée coïncidant avec une dacryocystite.

LE MOYEN-AGE est caractérisé par l'importance que les auteurs attribuent aux humeurs corrompues et par la confusion complète de l'aegilops et de l'anchilops sous le nom de FISTULE AU LACRYMAL.

BIENVENU DE JÉRUSALEM appelait « *larmes corrompues* » ou fistule lacrymale ce que Galien désignait sous le nom d'anchilops et il lui donne une origine traumatique.

THEODORIC a constaté que la tumeur lacrymale s'accroissait pendant le sommeil.

FALLOPE, au xvi^e siècle, est le premier qui place L'ÆGILOPS ET L'ANCHILOPS DANS LES VOIES LACRYMALES. C'est une exulcération sans arrêt du transit des larmes.

Pour ANEL, au xviii^e siècle, les voies lacrymales obstruées sont cause de la dacryocystite qu'il appelle fistule lacrymale.

J.-L. Petit décrit une obstruction du siphon lacrymal.

L'ÈRE MICROBIENNE est caractérisée par une série de recherches sur les microbes qui infectent le sac lacrymal et sur les lésions qu'ils produisent.

Les traitements

Depuis qu'on connaît l'existence et le rôle des voies lacrymales, toutes les méthodes de traitement se ramènent à trois grands groupes :

- 1° La suppression fonctionnelle des voies lacrymales.
- 2° La création d'une nouvelle voie aux larmes.
- 3° Le rétablissement fonctionnel des voies lacrymales normales.

Pour exposer clairement la période antérieure à Fallope on est obligé d'adopter une classification différente.

Traitement par les médicaments

La première pensée de ceux qui traitèrent l'abcès voisin de l'angle de l'œil fut de s'adresser aux remèdes. Je ne citerai que les plus célèbres.

Remèdes balsamiques : encens, galbanum, myrrhe, gomme ammoniacque, térébenthine, bdellium, sarco-colle, sang-dragon, aloès, etc.

Remèdes minéraux : alun, noir de cordonnier, verre pilé, cadmie, vitriol, etc.

Remèdes végétaux : l'égilops, l'écorce de grenade, le plantain, la membrane interne du roseau, la rue domestique, le memithe.

Remèdes d'origine animale : La fiente de colombe, le fiel, le miel, le sel ammoniacque, l'urine d'enfant.

Enfin, une *spécialité pharmaceutique*, le dikhbar-dikh d'Abou-Bekr-Mohammed-ben-Zakarya-Errazy.

Cautérisation actuelle

C'est la cautérisation par les cautères, ou par le feu, opposée à la cautérisation potentielle, ou par les caustiques.

CELSE est le premier auteur qui en parle. Il cautérise jusqu'à l'os après ouverture de l'aegilops.

ARCHIGÈNES en use après avoir dénudé l'os.

AETIUS D'AMIDA en employant cette méthode constate la présence d' « *une petite caverne* » qui est le sac lacrymal.

ABOU - BEKR - MOHAMMED-BEN-ZAKARYA-ERRAZY emploie la cautérisation actuelle avec ou sans dérivation vers les narines. IL PROTEGE L'OEIL avec une pâte trempée dans la neige. Il préfère les caustiques.

ABOUL - CASSEM - KHALEF - BEN - ABBAS-EZZAHRAOUY utilise un cautère creux très curieux qui a dû servir de modèle à la canule d'Alcoatin.

ALCOATIN cautérise en protégeant l'œil avec une CANULE.

THEODORIC ouvre la fistule et protège l'œil avec un instrument métallique en forme de coquille de noix.

GUILLAUME DE SALICET pousse la cautérisation jusqu'à atteindre les fosses nasales.

Lanfranc emploie le cautère à pointe et l'huile rosat chaude.

FALLOPE cautérise comme Alcoatin, en ayant bien soin de ne pas atteindre les fosses nasales.

Paré protège l'œil avec une plaque de fer. Il nous apprend que cette cautérisation est extrêmement douloureuse.

FABRICE D'AQUAPENDENTE se sert de la canule d'Alcoatin pour ENGOURDIR LA SENSIBILITE de la peau.

A partir d'ANEL les auteurs ont comme honte de détruire les voies lacrymales, il faut néanmoins citer quelques auteurs comme *Nannoni* qui continuent la pratique du cautère actuel réservé aux récidives multiples.

Au XIX^e siècle, le *thermo-cautère* est utilisé par *Panas* et plus tard le *galvano-cautère* prend sa place.

En somme, jusqu'à l'apparition de l'extirpation complète des voies lacrymales, la cautérisation actuelle reste le seul moyen rapide d'obtenir leur suppression fonctionnelle.

Cautérisation au plomb fondu

La cautérisation au plomb fondu a été inventée par un MEDECIN INCONNU qui n'était sûrement pas partisan des demi-mesures. C'est une forme de la cautérisation actuelle.

ARCHIGÈNES est le premier qui rapporte ce procédé. De même que ceux qui ont suivi, il semble ne pas l'avoir pratiqué.

Cautérisation potentielle

La cautérisation par les caustiques, dans le but d'oblitérer, remonte à CELSE, qui ne fait que l'indiquer.

Chez les GRECS cette méthode est peu en honneur.

Iouhanna-ben-Massouih cautérise avec un caustique complexe.

ABOU - BEKR - MOHAMMED - BEN - ZAKARYA - ERRAZY a lancé la cautérisation potentielle par son caustique célèbre, l'onguent DIKHBARDIKH, qui est une forme peu différente du *Dikh-bardikh en sief*.

BIENVENU DE JERUSALEM pratiquait la cautérisation potentielle SANS OUVRIR LE SAC. Il n'appliquait que cette thérapeutique.

Guillaume de Salicet donnait la préférence aux caustiques.

FALLOPE utilisait l'*acide sulfurique* comme caustique accessoire.

FABRICE DE HILDEN n'utilisait que l' « *Euphorbium per se* ».

Après ANEL on n'utilise plus les caustiques qu'à titre de modificateurs de la muqueuse du sac.

Cautérisation en général

La cautérisation, aussi bien actuelle que potentielle, avait pour but, jusqu'à Fallope, de détruire le siège de la fistule, entretenue, croyait-on, par la carie de l'unguis.

Après Anel, sous l'influence des idées conservatrices, on finit par admettre que ces deux modes de cautérisation n'agissaient que comme modificateurs de la muqueuse du sac.

Aujourd'hui ces méthodes ont disparu et sont remplacées par l'extirpation chirurgicale du sac.

La dérivation vers le nez

C'est ce que nous appelons aujourd'hui : la création d'une nouvelle voie aux larmes. Comme on ignorait le rapport des larmes et de l'aétilops je n'ai pu employer l'expression moderne.

ARCHIGENES est l'inventeur de cette méthode.

ABOU-BEKR-MOHAMMED-BEN-ZAKARYA-ERRAZY a indi-

qué comme signe de réussite de l'opération le sang sortant par le nez et la bouche.

ABOUL - CASSEM - KHALEF - BEN - ABBAS - EZZAHRAOUI a choisi un signe meilleur : *le souffle du patient qui sort par le nouvel orifice.*

Les ARABES ont beaucoup pratiqué cette opération sans résultat.

ISSA-BEN-ALI utilise une tente pour empêcher la nouvelle communication de se fermer.

FALLOPE se refuse à pratiquer cette méthode parce que d'après lui le canal nasal n'est pas obstrué.

PLATNER emploie une canule pour empêcher l'orifice créé de se fermer.

GERDY a préconisé une ouverture par la voie nasale.

Quantité d'appareils ont été préconisés pour cette opération.

TOTI a baptisé « *Dacryocystorhinostomie* » la création d'une nouvelle voie.

DUPUY-DUTEMPS et BOURGUET ont perfectionné l'opération de Toti.

WEST et POLYACK ont repris l'opération de Gerdy.

Aujourd'hui la dacryocystorhinostomie est la dernière forme de la dérivation de l'aegilops vers le nez.

Les autres dérivations chirurgicales

On a préconisé la trépanation du sinus maxillaire pour faire passer directement les larmes du cul-de-sac inférieur dans le sinus maxillaire.

Les dérivations humorales ?

La fistule lacrymale étant attribuée à un vice humoral, ABOU - MEROUAN - ABD - EL - MALEK - BEN - ABIL - OLA-BEN-ZOHR et PIERRE D'ESPAGNE purgent avec la *hiera-picra*. D'autres auteurs préconisent la *saignée* ou un *régime*.

FABRICE DE HILDEN établit un séton à la nuque pour attirer là les humeurs corrompues.

L'incision

Beaucoup d'auteurs ont pratiqué cette méthode, soit seule comme SEVERUS, soit comme temps préliminaire de la cautérisation actuelle ou potentielle.

L'extirpation par lambeaux

On peut à la rigueur comprendre sous ce nom les formes de dérivation vers le nez avec grand délabrement. Nous n'en dirons rien ici.

PAUL est le premier auteur qui en parle.

Les ARABES ont imité PAUL en précisant des détails de technique.

PLATNER et WOOLHOUSE n'ont pas fait autre chose.

BERLIN a ouvert le sac et a essayé de l'extraire en totalité, il est certain que souvent il l'a extrait par fragments.

Cette méthode a été remplacée par l'extirpation en bloc.

Extirpation en bloc

Cette méthode a été entrevue par AETIUS, quoiqu'on puisse se demander s'il est parvenu à la réaliser.

BERLIN a extirpé des sacs, mais après ouverture, ce qui constitue une première dilacération. Souvent l'opération, commencée comme une extirpation, s'est terminée par un curettage.

LE PROFESSEUR ROLLET a obtenu d'une façon constante des extirpations complètes en faisant usage de la rugine, ce qui a permis la généralisation de la méthode.

Cette méthode remplace aujourd'hui les anciennes méthodes de suppression des voies lacrymales.

Méthodes conservatrices

Toutes ces méthodes se divisent en deux grands groupes : 1° Avant Anel ; 2° A partir d'Anel.

AVANT ANEL nous trouvons LA COMPRESSION.

1° *Manuelle et intermittente*, préconisée par les Arabes, en particulier ABOU - BEKR - MOHAMMED - BEN-ZAKARYA-ERRAZY.

2° *Orthopédique et continue* : c'est le bandage compressif de FABRICE D'AQUAPENDENTE.

ANEL est le père des méthodes conservatrices.

LA METHODE D'ANEL comporte deux opérations:

1° LAVAGE A LA SERINGUE des voies lacrymales en passant par les points lacrymaux. Anel se servait d'une petite seringue anglaise. Nous l'appelons aujourd'hui seringue d'Anel.

2° PASSAGE DE PETITES SONDES par les points lacrymaux jusqu'au canal nasal.

LA METHODE DES GROSSES SONDES présente 3 modes d'application :

1° JEAN-LOUIS PETIT passait par une ouverture pratiquée dans le sac;

2° LAFOREST et MÉJEAN passaient par le canal nasal;

3° BOWMAN passait par les points lacrymaux débridés.

Le CLOU DE SCARPA est une modification bizarre et peu heureuse du bandage compressif.

La CANULE de FOUBERT et de DUPUYTREN, mise en place par un orifice externe, devait rester longtemps en place.

La STRICTUROTOMIE INTERNE de STILLING consistait à pratiquer plusieurs incisions du rétrécissement des voies lacrymales sans passer de sondes.

La plupart de ces méthodes ne sont plus en usage. On n'utilise plus guère que la méthode d'Anel, seringue et petite sonde, et parfois encore la méthode de Bowman.

Thérapeutiques magiques

Je ne ferai que citer celles de BERNARD GORDON et surtout de PIERRE D'ESPAGNE.

Une remarque s'impose ici : nous ne trouvons que de la magie chrétienne. Les magies païenne et musulmane, si elles ont existé, ont sûrement été soit supprimées, soit transformées pour devenir orthodoxes, ce qui fait que nous ne pouvons les retrouver.

Résumé

En remontant aussi loin que possible dans l'histoire, nous trouvons que les 3 grandes méthodes de traitement des affections des voies lacrymales ont des origines éloignées :

1° La suppression fonctionnelle des voies lacrymales remonte au moins à CELSE, 1^{er} siècle avant notre ère ;

2° La création d'une nouvelle voie a été inventée par ARCHIGÈNES, au début du II^e siècle de notre ère ;

3° Les méthodes conservatrices actives ont été inaugurées par ANEL, en ~~1703~~ 1813

Conclusions

I. — La thérapeutique des affections des voies lacrymales est de beaucoup antérieure à la connaissance anatomique de ces organes.

II. — Les anciens ont traité, sous les noms d'*aegilops* et d'*anchilops*, la fistule lacrymale et la dacryocystite comme étant un abcès voisin de l'angle interne de l'œil.

III. — La thérapeutique des anciens tantôt est destructive : cautérisation par le fer rouge ou par les caustiques, tentative d'extirpation; ouverture et râclage, jusqu'à l'os; tantôt consiste à créer une nouvelle voie: dérivation de la sanie vers les fosses nasales.

IV. — La découverte anatomique, faite par *Fallope*, au xvi^e siècle, du siège de l'*aegilops* et de l'*anchilops* dans les voies lacrymales n'a modifié en rien le traitement de ces affections.

V. — La découverte thérapeutique d'*Anel*, en 1713, a modifié la conception du traitement des affections des voies lacrymales et inauguré les *méthodes conservatrices*. Certaines sont encore en usage aujourd'hui.

VI. — La découverte de l'anesthésie et de l'asepsie a permis un retour : 1° aux *méthodes destructives* : extirpation totale du sac lacrymal et du canal nasal membraneux ; 2° aux *méthodes de création d'une nouvelle voie aux larmes* : dacryocystorhinostomies.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	ETIENNE ROLLET.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 12 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Notes

AEGILOPS. — Le mot grec Aegilops signifie « *œil de chèvre* ». C'est le nom que les Grecs donnaient à une fistule ouverte dans le grand canthus. C'est ce que nous appelons « *fistule lacrymale* ».

ALCOHOL. — Poudre subtile, poudre impalpable. C'est le collyre pulvérisé des anciens. — Le sief, au contraire, est le collyre liquide. — Alcohol et sief sont deux mots arabes.

ANCHILOPS veut dire « *près de l'œil* ».

ASCOLOPADJ. Cette expression dérive évidemment du mot grec scolops, qui signifie pieu, et duquel dérive aussi scolopax, bécasse, oiseau dont le bec est allongé comme un pieu. Cet instrument avait l'une de ses extrémités cannelée pour agir plus sûrement comme levier (Note de Lucien Leclerc).

BALAUSTE. — Fleur du grenadier sauvage.

CALCADO. — Le radical *chalc.* ou *calc.* indique un corps calcaire ou cuprique plus ou moins impur. Calcado pourrait être de la chaux.

EGILOPS. — S'écrivait en grec *aegilops*. C'est le nom de toute une série de plantes, depuis une variété de chêne jusqu'à une graminée. Il semble que la plante utilisée pour la thérapeutique de l'aegilops est une graminée qui pousse dans le blé. J'ai modifié l'orthographe de la plante pour la distinguer de la maladie.

EPIPHORA. — Le sens de ce mot a varié. Dans Galien, *epiphora* est un nom commun désignant, pour tout le corps, le transport d'une violente inflammation ou le flux important des humeurs. On le dit pour l'œil en particulier en cas de vive inflammation avec grande abondance de l'écoulement. (Galien, éd. G. Kuhn, XIV, p. 768, introduction ou le médecin).

GHARB-EL-AÏN. — Les Arabes ont employé ce mot pour traduire le mot grec *aegilops*. (Gharb = occident). Ils ont transcrit également *aegilops* par *agiles* ou *angiles*. (Rases, dans les citations d'auteurs grecs). Ils ont également employé la périphrase « *naçour elledi fi maq el aïn* », mot à mot « fistule celle qui dans l'angle de l'œil. — Remarquons en passant qu'avec les caractères de l'écriture arabe, « *Gharb el aïn* » s'écrit presque comme « *Jerab-el-aïn* » (la gale des yeux, le trachome). C'est ce qui explique qu'un manuscrit de Issa-ben-Ali, après passage en hébreu, puis en latin, porte « *scabies* » (gale) au lieu de Gharb.

GRAND CANTHUS. — Sous le nom de *canthus*, les anciens désignaient les commissures des paupières et les deux petites régions qui les entourent. Ils appelaient *grand canthus* la commissure interne et la ré-

gion voisine qui correspond à la projection du sac lacrymal sur la peau. Les Arabes ont traduit *canthus* par *maq-el-aïn* et les Latins par *lacrymal*. Le grand *canthus* était appelé par les Latins : grand *lacrymal*, *lacrymal interne* ou *lacrymal domestique*.

HIERA-PICRA. — Galien traite de l'aloès et dit que « les riches usent de l'aloès préparé avec la *cinnamome*, médicament appelé par les uns *hiera dialoès* et par les autres *hiera picra*. (Galien, édit. Kuhn, tome VI, p. 364).

ISSA-BEN-ALI. — Le nom de cet auteur a été traduit par Jésus. En effet, en arabe, « Issa » signifie « Le messie ». — Le titre de l'œuvre traduit en latin : *Epistola Jhésus filii Haly de cognitione infirmatum oculorum sive memoriale oculariorum quod compilavit Ali ben Issa* », semble indiquer que cette œuvre a été compilée par un autre auteur qui pourrait être son père, ou plus vraisemblablement son fils.

LADANUM. — Gomme du ciste.

MEMITHE. — Suc du *glaucium favum* (in these Del Pellegrino).

MIAMIR est le mot arabe qui correspond à « *Kata topous* » (thérapeutique suivant les lieux). De même « *Katadjenê* » est la transcription de « *Kata Génê* » (thérapeutique suivant les genres). Ces deux livres de Galien sont à la base de la thérapeutique des Arabes.

NOIR DE CORDONNIER. — Calcanthus, atramentum sutorium, noir de cordonnier sont la couperose. Un passage connu de Galien décrit sa visite aux mines de cuivre de Chypre. Il déclare que l'on retirait de ce produit originel par l'eau, le sory, le misy, le chalcitis et par la calcination, le cuivre, ainsi que cadmia pompholyx, spodium, diphryges (éd. C. Kuhn, XII, 238-41). On retrouve ces noms dans Dioscoride, avec le commentaire plein d'incertitude de Matihiole (Livre V, ch. 74, trad. de Du Pinet, Lyon, 1627). — Pour préciser, voir Bussemaker et Daremberg. Trad. d'Oribase.

PLUMASSEAU. — Traduction de « Bombyx ». Sous ce dernier nom, les anciens connaissaient, outre le ver à soie, diverses chenilles dont le cocon ne se dévide pas, mais se carde et se file. Il est peu probable qu'on ait utilisé le cocon en nature.

SIEF. — (Voir Alcohol).

SPIC-NARD. — Il y en a deux variétés, le Spic celte ou de Narbonne, et le Spic indien. On falsifiait la variété indienne avec le spic celte (lavande ou aspic).

TENTE. — Trad. de « *tenta* » qui vient de « *tentare* », explorer, sonder, c'est une sonde. Peut-être quand il s'agit du même mot appliqué aux pièces de charpie ou d'étoffe, est-il légitime de songer à une comparaison avec la tente, abri, qui vient de « *tendere* », tendre.

TÊTE RUDE. L'instrument dit *tête rude* pouvait se terminer en globe ou en disque, car si une version porte que sa tête est arrondie en forme de *bouton*, l'autre porte en forme de pièce de monnaie. Cette dernière version est peut-être la meilleure. Le manuscrit de la bibliothèque (*) porte : *kiddour*, en forme de perle. Serait-ce une faute et ne faudrait-il pas lire : *kizzir*, comme un bouton ? ou bien encore serait-ce le commencement de *kiddirhem*, comme une pièce de monnaie ? (Note de Lucien Leclerc.)

VERRE PILÉ. — Vitrum, vitreolum ont été traduits par verre dans tous les textes dérivés nettement de Galien ou de Paul d'Egine; pour obéir à la tradition. Le mot grec est « hyalos ». Galien emploie ce produit pilé ou brûlé et pilé comme diurétique et lithontriptique (éd. C. Kuhn, XI, 749 ; XIX, 695). Il en trouve des fragments dans les terrains sablonneux (XII, 189). Le célèbre texte de Paul est lui-même sujet à discussion. Il conseille de saupoudrer avec la « hyalos duveuse », ce que Briau entend : avec du « verre réduit en poussière fine ». Mais une autre leçon dit : « Visqueuse », qui apporte quelques doutes. Gorracus voyait dans cette substance un succin.

ZINIAR. — Vert-de-gris.

* Je ne sais quelle bibliothèque parle L. Leclerc.

Bibliographie

1. HIPPOCRATE. — Œuvres complètes.
Trad. Littré.
2. CELSE. — Traité de la médecine.
Trad. Védérènes sur texte Daremberg.
3. GALIEN. — Œuvres anatomiques, physiologiques et
médicales.
Trad. Daremberg.
4. CLAUDII GALENI opera omnia.
Texte grec C. G. Kühn.
5. ORIBASE. — Œuvres.
Trad. Bussemaker et Daremberg.
6. ÆTII medicii græci contractæ ex veteribus medicinæ
tétrabiblos.
Texte latin. Janus Cornarius.
7. ALBERTUS DE HALLER. — Artis medicæ principes.
8. PAULI ÆGINETÆ libri tertii.
Texte latin. J. L. Heiberg.
9. PAUL D'EGINE. — Chirurgie.
Trad. René Briau.
10. MESUE. — Le livre de la cure des maladies des yeux.
Trad. Del Pellegrino. — Thèse Bordeaux,
23 décembre 1901.
11. RASES. — Al Haouy.
Texte latin. Joannes Britannicus. Bibliothèque
nationale T. 29 Réserve.

12. RASES. — Al Mansoury (9^e livre).
Texte latin.
13. ABULCASIS. — Chirurgie.
Trad. Lucien Leclerc.
14. ISSA-BEN-ALI. — Tedkirat-al-Kakhâlin.
Compilée par Ali-ben-Issa.
Texte latin. P. Pansier. — *Collectio ophtalmologica veterum auctorum*, fascicule III.
15. AVICENNE. — Kitabou-al-Kanouni.
Texte arabe. Rome 1593.
16. AVICENNÆ arabum medicorum principis.
Texte latin. Gérard de Cremonè, Venise 1608.
17. AVENZOAR. — Teysir.
Texte latin. Traducteur (p).
Bibliothèque du Val de Grâce.
18. MOHAMMED Akbari. — Œuvres (p).
Texte persan, trad. Riahi.
19. BIENVENU DE JERUSALEM. — Le Compendil.
Texte français. P. Pansier et Laborde.
20. BENVENUTO. — Opera oftalmojatrica.
Textes latins. G. Albertotti.
21. ALCOATIN. — Congregatio sive liber de oculis.
Texte latin P. Pansier. — *Collectio ophtalmologica veterum auctorum*, fascicule II.
22. COLLECTIO SALERNITANA.
Textes latins. Renzi. Henschel. Daremberg.
23. ARS CHIRURGICA. — Guidonis Cauliaci medici —
Bruni — Theodorici — Rolandi — Lanfranci —
Bertapaliæ — Rogerii — Guglielmi Saliceti.
Textes latins. Venise apud juntas 1546.
24. PIERRE D'ESPAGNE. — Liber de Oculo.
Texte latin. A. M. Berger.
Ecole de pharmacie Paris.
25. GUILLAUME DE SALICET. — Chirurgie.
Trad. Pifteau (sur N^o 23).

26. BERNARD GORDON. — *Lilium medicinæ*.
Texte latin, édit. G. Rouville, Lyon, 1551.
27. GUY DE CHAULIAC. — *La grande chirurgie*.
Texte français. Nicaise, 1890.
28. GABRIEL FALLOPE. — *Opera Omnia*.
Texte latin. Francfort, 1600.
29. PIERRE FRANCO. — *Chirurgie composée en 1561*.
Texte français. Nicaise, 1895.
30. AMBROISE PARE. — *Œuvres complètes*.
Texte français. Malgaigne, 1840-1841.
31. FABRICE D'AQUAPENDENTE. — *Opéra chirurgica*.
Texte latin. Lyon, 1723.
32. FABRICE DE HILDEN. — *Opéra omnia*.
Texte latin, 1682.
33. MAITRE-JAN. — *Traité des maladies de l'œil et des remèdes propres pour leur guérison*.
Texte français. Troyes, 1707.
34. DIONIS. — *Cours d'opérations de chirurgie*.
Réédition G. de la Faye. Paris, 1765.
35. ANEL. — *Observation singulière sur la fistule lacrimale...*
In Nouvelle méthode de guérir les fistules lacrimales.
Turin, 1713.
36. ANEL. — *Dissertation sur la nouvelle découverte de l'hydropisie du conduit lacrimonal*.
Paris, 1716.
37. PLATNER. — *Dissertation I. — De Fistula lacrymali XI, Augusti, 1724*.
In Opusculum — Tomus I — Dissertationes.
Lipsiæ, 1749.
38. J. L. PETIT. — *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*.
Ouvrage posthume. Mis à jour par M. Lesne.
Paris, 1790.

39. PERCIVAL POTT. — Œuvres chirurgicales.
Trad. M***, Docteur en médecine.
Paris, 1777.
40. ANTOINE SCARPA. — Traité pratique des maladies des yeux ou expériences et observations...
Trad. J. B. F. Léveillé.
Paris, 1807.
41. M. LE BARON DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale.
Recueillies par Brierre de Boismont et Marx.
Paris, 1839.
42. BOWMAN. — Du traitement des obstructions lacrymales.
Ophthalmic Hospital Reports, octobre 1857.
Résumé par A. Testelin. *Annales d'Oculistique*, janvier et février, 1858.
43. STILLING. — Nouveau procédé opératoire, par l'incision interne des coarctations des voies lacrymales.
Annales d'Oculistique, mai et juin, 1868.
44. WARLOMONT. — Du traitement des coarctations des voies lacrymo-nasales par la stricturotomie interne.
Annales d'Oculistique, septembre et octobre, 1868.
45. BERLIN. — De l'extirpation du sac lacrymal.
Compte rendu des séances de la Société Ophtalmologique de Heidelberg, 4 septembre 1868.
Klinische Monatsblätter für augenheilkunde, oct., nov., déc., 1868.
Trad. J. Tedesco. *Annales d'Oculistique*, janvier et février, 1869.
46. E. ROLLET. — Traitement des dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal.
Lyon Médical, 7 juin 1896.
47. E. ROLLET. — De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites.
Lyon Medical, 2 mai 1897.

48. E. ROLLET. — La tuberculose primitive du sac lacrymal.
Province Médicale, 20 mai 1899.
Clinique ophtalmologique, 10 juillet 1899.
49. E. ROLLET. — La tumeur prélacrymale.
Lyon Médical, 4 février 1900.
50. E. ROLLET. — La tumeur prélacrymale et son traitement.
Annales d'Oculistique, mai 1900.
51. E. ROLLET. — Sur l'extirpation du sac lacrymal.
Bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie, 1902.
52. E. ROLLET. — La cure radicale des dacryocystites.
Revue générale d'Ophtalmologie, 31 janv. 1903.
53. E. ROLLET. — La tumeur lacrymale tuberculeuse.
Revue Générale d'Ophtalmologie, 30 juin 1903.
- E. ROLLET. — The treatment of dacryocystis by extirpation of the lachrymal sac.
The Ophthalmoscope, décembre 1903.
54. E. ROLLET. — L'ectasie géante du sac lacrymal.
Société Française d'Ophtalmologie, 3 mai 1904.
Annales d'Oculistique, octobre 1904.
55. E. ROLLET. — Tuberculose des voies lacrymales.
Société Française d'Ophtalmologie, 1^{er} mai 1911.
56. E. ROLLET. — Technique opératoire de l'extirpation du sac lacrymal à la rugine.
Congrès d'Ophtalmologie d'Oxford.
Revue Générale d'Ophtalmologie, 30 sept. 1907.
57. E. ROLLET. — L'extirpation totale du sac lacrymal et du canal nasal membraneux.
Archives d'Ophtalmologie, mai 1921.
58. E. ROLLET. — La dacryocystite congénitale.
Société d'Ophtalmologie de Lyon, 10 novembre 1926.

59. ROLLET et BUSSY. — In Archives d'Ophthalmologie, 1923.
Recherches bactériologiques et cliniques sur
100 dacryocystites avec extirpation du sac. —
janvier.
Recherches anatomo-pathologiques sur 100 cas
de dacryocystites avec extirpation du sac et du
canal nasal.
60. ROLLET et COLRAT. — La tuberculose de l'œil et de
ses annexes.
Paris, 1927.
61. GERDY. — Nouveau traitement de la fistule lacrymale.
Annales d'Oculistique, juin 1843.
-

Ouvrages généraux

80. A. DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
Paris, 1864-1889.
81. A. CASTIGLIONI. — Histoire de la médecine. Edition française.
Paris, 1931.
82. KURT SPRENGEL. — Histoire de la médecine.
Trad. A. J. L. Jourdan et E. F. M. Bosquillon.
Paris, 1815.
83. P. PANSIER. — Repertorium oculariorum inter græcos romanosque.
Extrait de Janus, archives internationales pour l'histoire de la médecine et la géographie médicale.
84. TRUC-JALABERT et CHAVERNAC. — Catalogue général des thèses françaises d'ophtalmologie.
Montpellier, 1904.
85. TRUC et PANSIER. — Histoire de l'ophtalmologie à l'école de Montpellier du XII^e siècle au XX^e siècle.
86. H. VILLARD. — Recherches historiques sur l'évolution de la thérapeutique lacrymale.
Montpellier Médical, 1^{er} janvier, 1^{er} février, 15 février 1927.
87. ANAGNOSTAKIS. — Opération de la fistule lacrymale.
In contribution à l'histoire de la chirurgie oculaire chez les Anciens.
Annales d'Oculistique, 1870.
-

Thèses

101. MARCHAL A. L. J. — Strasbourg. — 17 messidor an X.
102. CAUSSE J. P. — Paris. — 2 juillet 1812.
103. MURAOUR P. A. — Paris. — 26 mars 1818.
104. DE FROMENT. — Paris. — 12 février 1820.
105. PIDOU J. C. — Paris. — 2 juin 1821.
106. PERRIER A. — Paris. — 20 août 1821.
107. BILLARD A. — Paris. — 13 juin 1822.
108. FALAIZE C. F. — Paris. — 23 août 1823.
109. DUBOIS P. A. — Paris. — *Thèse d'agrégation*. — 1824.
110. SIMONET A. H. — Paris. — 1^{er} mai 1824.
111. LUZIN C. M. — Paris. — 30 juillet 1824.
112. VESIGNIÉ J. B. — Paris. — 26 août 1824.
113. TAILLEFER T. — Paris. — 16 juin 1826.
114. DUBOYS A. G. — Paris. — 25 août 1827.
115. MARTIN P. P. — Paris. — 5 août 1831.
116. DUMAS J. V. C. — Montpellier. — 11 août 1832.
117. BLONDLOT N. — Paris. — 6 juin 1833.
118. LAIGNIEZ P. R. — Paris. — 27 juin 1833.
119. REY DE JOUGLA. — Paris. — 29 décembre 1834.
120. PORRE P. J. — Paris. — 9 février 1835.
121. SAISSAC J. P. C. — Montpellier. — 20 juin 1835.
122. MALGAIGNE J. F. — Paris. — *Thèse d'agrégation*. —
20 août 1835.
123. ROUX J. C. — Montpellier. — 17 mars 1837.
124. ROLLAND L. J. A. — Montpellier. — 3 mai 1837.
125. PEIXOTO A. J. — Montpellier. — 13 mai 1837.
126. BOUFFAR A. — Paris. — 31 août 1837.
127. FARTHOUAT F. — Paris. — 5 mars 1838.
128. BRUNET P. E. A. — Paris. — 21 avril 1838.
129. GILLET M. P. L. — Montpellier. — 16 janvier 1839.
130. DELPOUVE A. — Paris. — 23 août 1842.
131. GUERRA J. M. — Paris. — 20 janvier 1843.

132. PERROT É. F. E. — Paris. — 23 janvier 1843.
133. ROY L. J. — Paris. — 6 avril 1843.
134. VINACHE A. — Paris. — 21 décembre 1843.
135. METGE H. A. G. — Montpellier. — 24 mai 1844.
136. ANDRÉ M. J. A. H. — Paris. — 8 janvier 1845.
137. FONTENEAU J. — Paris. — 19 août 1846.
138. BAUCHET H. A. V. — Paris. — 25 novembre 1847.
139. JOURDAIN H. — Paris. — 3 février 1848.
140. CAMBOULIVES J. — Paris. — 16 février 1852.
141. DEL RIO M. — Paris. — 19 février 1853.
142. ROQUES A. — Paris. — 27 décembre 1853.
143. BERAUD J. B. — Paris. — 30 décembre 1854.
144. MARTIAL T. — Strasbourg. — 9 janvier 1855.
145. FACIEU A. — Montpellier. — 19 mars 1855.
146. MASSON E. N. — Paris. — 24 mai 1855.
147. JOUSLIN L. R. — Paris. — 3 juillet 1855.
148. LEGROS J. E. — Paris. — 28 août 1855.
149. LEKER J. M. J. — Paris. — 29 août 1855.
150. BIHOREL A. — Paris. — 3 avril 1856.
151. MOTHE J. H. — Paris. — 9 décembre 1857.
152. MAILLARD A. — Paris. — 3 février 1859.
153. OLIVIER C. P. — Montpellier. — 7 février 1859.
154. LARGUIER A. — Montpellier. — 11 mars 1859.
155. COURANJOU E. — Paris. — 3 janvier 1860.
156. SUBERT E. P. — Paris. — 21 août 1863.
157. REGLADE E. — Montpellier. — 30 août 1864.
158. BLOT C. A. — Paris. — 3 mars 1865.
159. CHAUVEL F. M. — Paris. — 26 avril 1865.
160. MASSON H. E. — Paris. — 21 août 1865.
161. CALMELS P. E. F. X. — Paris. — 15 janvier 1866.
162. BERAUD J. Xavier. — Paris. — 19 avril 1866.
163. LESTERPT P. — Paris. — 13 juillet 1866.
164. BERAUD Léon. — Montpellier. — 30 août 1866.
165. QUANTIN C. S. — Paris. — 2 avril 1868.
166. LASALLE A. — Montpellier. — 23 avril 1869.

167. CHAMPRIGAUD A. — Paris. — 24 avril 1869.
168. TALHANDIER J. — Paris. — 5 août 1869.
169. OUI P. — Montpellier. — 2 février 1872.
170. DAYMARD L. — Paris. — 18 juillet 1872.
171. NAUDIER G. — Paris. — 5 août 1872.
172. DEBOUDT C. — Paris. — 3 octobre 1872.
173. FERRAND A. — Paris. — 12 juillet 1873.
174. NIKIPHORAKIS M. — Paris. — 27 décembre 1873.
175. GUILLAUMIN A. — Paris. — 11 avril 1874.
176. BOSQ P. E. — Paris. — 29 juin 1874.
177. BETHOUT P. — Paris. — 8 août 1874.
178. AGOSTINI J. — Montpellier. — 10 janvier 1876.
179. CHAMOI E. — Paris. — 16 mars 1876.
180. PASQUET J. — Paris. — 23 mai 1877.
181. WEBER S. — Paris. — 11 août 1877.
182. VELEAU P. — Paris. — 28 novembre 1877.
183. SABADINI D. — Paris. — 23 juillet 1878.
184. ESPINOSA F. — Paris. — 9 août 1879.
185. PUEL A. — Paris. — 22 janvier 1880.
186. BALCZEWSKI A. — Paris. — 19 avril 1880.
187. LAREBIÈRE P. — Paris. — 4 janvier 1881.
188. BOISSON E. — Paris. — 9 avril 1881.
189. MAYET R. — Paris. — 25 novembre 1882.
190. D'ANDRIA E. — Paris. — 19 juillet 1883.
191. MANHAVIALE A. — Montpellier. — 13 juin 1884.
192. CHAFFARD J. — Paris. — 25 juillet 1889.
193. TRIBAUDINI E. — Montpellier. — 5 juin 1891.
194. BON J. B. — Paris. — 8 juillet 1891.
195. DOUCET M. J. — Bordeaux. — 22 juillet 1891.
196. CORNY V. — Paris. — 26 décembre 1892.
197. LE HENAFF Y. M. G. — Bordeaux. — 4 janvier 1893.
198. REDOUTÉ E. — Paris. — 2 février 1893.
199. LEVINÇON M. J. — Paris. — 27 juillet 1893.
200. TACQUET A. — Paris. — 12 avril 1894.
201. CRESTIEN H. — Paris. — 28 juin 1894.

- 202. JAULIN M. — Paris. — 12 juillet 1894.
- 203. CHABANEIX J. A. — Bordeaux. — 16 novembre 1894.
- 204. PEYROUX L. A. — Lyon. — 16 novembre 1894.
- 205. LEFEVRE V. A. — Paris. — 28 mars 1895.
- 206. MAZET C. — Paris. — 5 avril 1895.
- 207. AMBLARD E. — Paris. — 18 mai 1895.
- 208. MARTIN P. J. — Paris. — 26 juillet 1895.
- 209. NIELSEN M. E. L. — Bordeaux. — 24 janvier 1896.
- 210. FOURNIER E. — Paris. — 20 février 1896.
- 211. DOUCY E. A. — Paris. — 11 juin 1896.
- 212. VANDENBOSSCHE A. A. — Lyon. — 30 novembre 1896.
- 213. VADON J. — Lyon. — 3 mars 1897.
- 214. LEVY S. D. — Paris. — 17 juin 1897.
- 215. JANKELEWITCH S. — Paris. — 20 juillet 1897.
- 216. COUSERGUE E. — Lyon. — 16 décembre 1897.
- 217. TAVERNIER A. F. E. I. — Lille. — 29 décembre 1897.
- 218. COSMETTATOS G. F. — Paris. — 21 juillet 1898.
- 219. ROBERT G. P. — Paris. — 27 avril 1899.
- 220. VINCENT G. — Toulouse. — Juillet 1899.
- 221. VINCENT F. — Lyon. — 19 juillet 1900.
- 222. DE MILLY. — Paris. — 20 juillet 1900.
- 223. ARIBAUD. — Lyon. — 11 février 1901.
- 224. DELFAU. — Paris. — 20 juin 1901.
- 225. ESCARAVAGE. — Bordeaux. — 21 mars 1902.
- 226. ROCHE L. — Paris. — 22 mai 1902.
- 227. JAUME F. — Paris. — 17 juillet 1902.
- 228. MURAT L. — Bordeaux. — 21 novembre 1902.
- 229. BÉRARD V. — Lyon. — 6 janvier 1903.
- 230. MOUZELS B. A. P. — Bordeaux. — 9 janvier 1903.
- 231. HOFFMANN S. — Paris. — 16 juillet 1903.
- 232. CARTAIS A. L. — Bordeaux. — 19 février 1904.
- 233. JOLY P. E. — Bordeaux. — 25 mars 1904.
- 234. SCHIRCK J. — Lyon. — 25 mars 1904.
- 235. GUILLEMIN E. — Lyon. — 21 novembre 1904.
- 236. LAVIE J. E. M. — Bordeaux. — 2 décembre 1904.

- 237. LEBLOND A. E. — Lille. — 19 décembre 1905.
- 238. BARDOUX M. — Toulouse. — Décembre 1905.
- 239. PIERRON F. M. — Bordeaux. — 16 janvier 1907.
- 240. MONGNET F. — Paris. — 23 mai 1907.
- 241. KASSAPIAN V. — Lyon. — 3 juillet 1907.
- 242. SANSON L. — Paris. — 16 juillet 1907.
- 243. JUDE A. P. E. — Bordeaux. — 26 juillet 1907.
- 244. LE PAGE. — Bordeaux. — 13 janvier 1909.
- 245. HELLER F. — Montpellier. — 18 juin 1909.
- 246. SIMON L. — Paris. — 1^{er} juillet 1909.
- 247. REINFLET. — Paris. — 20 juillet 1909.
- 248. FOULCHER. — Bordeaux. — 18 mars 1910.
- 249. LEBEGUE P. — Paris. — 1910.
- 250. FOUCHOU-LAPEYRADE. — Bordeaux. — 20 décembre 1911.
- 251. LELONGT M. — Paris. — 1911.
- 252. REYNAUD J. H. — Bordeaux. — 12 juillet 1912.
- 253. CABÉ Y. F. — Bordeaux. — 29 novembre 1912.
- 254. LEVRIER J. A. — Bordeaux. — 4 avril 1913.
- 255. LORTHOLARY H. — Lyon. — 19 juillet 1916.
- 256. HOURMOUZIADÈS Z. — Paris. — 1916.
- 257. DESANGES A. — Paris. — 1917.
- 258. BEN-AOUDA. — Lyon. — 10 mars 1920.
- 259. DUHAMEL L. — Lyon. — 17 mars 1920.
- 260. DUCATTEAU H. A. J. — Lille. — 27 avril 1920.
- 261. RAYNAUT F. — Montpellier. — 5 mai 1920.
- 262. SCHOUSBOË F. — Lyon. — 29 juin 1920.
- 263. JSSAKOVOITSCH. — Zurich. — 1920.
- 264. M^{lle} RIVIÈRE. — Lyon. — 12 juillet 1921.
- 265. PASTORE G. — Lyon. — 20 décembre 1921.
- 266. GABRIELDÉS C. — Lyon. — 21 décembre 1921.
- 267. DUGAST A. — Paris. — 1921.
- 268. LEBRUN C. — Paris. — 1921.
- 269. PATOISEAU G. — Lyon. — 4 décembre 1922.
- 270. BEAUMEL F. — Lyon. — 20 décembre 1922.
- 271. VITTORI J. — Lyon. — 21 février 1923.
- 272. ANDRÉ A. — Lyon. — 30 avril 1923.

274. GUEDENEY H. — Lyon. — 16 juin 1923.
274. BOURDON A. — Lyon. — 25 juin 1923.
275. BEUDON L. — Lyon. — 7 juillet 1923.
276. GRANDJEAN M. — Lyon. — 7 juillet 1923.
277. MARTIGNY C. — Lyon. — 7 juillet 1923.
278. BOSSARD R. — Lyon. — 13 novembre 1923.
279. MILÉNKOVITCH M. — Paris. — 21 décembre 1923.
280. ZENATTI P. — Paris. — 1923.
281. M^{lle} ANTOINE. — Alger. — 23 juin 1924.
282. FARJOT J. — Lyon. — 17 novembre 1924.
283. SUTY M. — Nancy. — 21 avril 1925.
284. JEAN L. — Montpellier. — 29 novembre 1926.
285. GARNIER A. — Lyon. — 1^{er} décembre 1926.
286. POTIQUET H. A. — Paris. — 1929.
-

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	XI
INTRODUCTION	XV
CHAPITRE I ^{er} . — LES GRECS.....	1
Hippocrate	1
Asclépiade	4
Celse	5
Archigènes	6
Severus	8
Galien	11
Oribase	14
Aetius d'Amida.....	15
Alexandre de Tralles.....	17
Paul d'Egine.....	18
CHAPITRE II. — LES ARABES.....	21
Théodose	21
<i>Mésué</i> : Iouhanna-ben-Massouih.....	22
Djabril-ben-Bakhtichou	25
<i>Johannitius</i> : Abou-Zéid-Honéin-ben-Ishaq-el-Ibady	26
<i>Rases</i> : Abou-Bekr-Mohammed-ben-Zakarya-Errazy	27
<i>Abulcasis</i> : Aboul-Cassem-Khalef-ben-Abbas-Ezzar- haouy	34
Issa-ben-Ali	38
<i>Avicenne</i> : Abou-Ali-Al-Haseyn-ibn-Sina	41

<i>Avenzoar</i> : Abou-Merouan-Abd-el-Malek-ben-Abil	
Ola-ben-Zohr	44
Mohammed-Akbari	46
CHAPITRE III. — LE MOYEN-AGE.....	49
Bienvenu de Jérusalem.....	51
Alcoatin	56
Roger	57
Roland	59
Théodoric	59
Pierre d'Espagne.....	62
Guillaume de Salicet.....	64
Lanfranc	66
Bernard Gordon.....	69
Guy de Chaulhac (<i>dit Guy de Chauliac</i>)	70
CHAPITRE IV. — LA RENAISSANCE.....	75
Fallope	75
Franco	79
Paré	80
Fabrice d'Aquapendente.....	81
Fabrice de Hilden.....	83
Maître Jan	84
Pierre Dionis.....	86
Woolhouse	86
CHAPITRE V. — PERIODE MODERNE.....	89
Anel	89
Platner	95
J.-L. Petit.....	98
Mejean	101
Percival Pott.....	101
Antoine Scarpa.....	102
Dupuytren	103
Malgaigne	104
Bowman	104
Weber	106

Stilling	107
Berlin	108
CHAPITRE VI. — PERIODE CONTEMPORAINE.....	111
Rollet	112
Toti	113
Dupuy-Dutemps et Bourguet.....	113
West et Polyack.....	113
CHAPITRE VII. — VUE D'ENSEMBLE.....	115
Anatomie et physiologie.....	115
Les affections.....	116
Les traitements.....	118
<i>Traitements par les médicaments.....</i>	119
<i>Cautérisation actuelle</i>	119
<i>Cautérisation au plomb fondu.....</i>	121
<i>Cautérisation potentielle</i>	121
<i>Cautérisation en général.....</i>	122
<i>La dérivation vers le nez.....</i>	122
<i>Les autres dérivations chirurgicales.....</i>	123
<i>Les dérivations humorales.....</i>	124
<i>L'incision</i>	124
<i>L'extirpation par lambeaux.....</i>	124
<i>L'extirpation en bloc.....</i>	125
<i>Méthodes conservatrices.....</i>	125
<i>Thérapeutiques magiques.....</i>	127
Résumé	127
CONCLUSIONS	129
NOTES	131
BIBLIOGRAPHIE	137
TABLE	151

ERRATA

Page 72, 5^e §, 1^{re} ligne, *lire* : La curation de la fistule lachrymale.

Page 78, avant-dernier §, 2^e ligne, *lire* : Une autre considération est.

Page 96, 1^{er} §, 3^e ligne, *lire* : servent du trépan.

Page 104, 2^e §, 5^e ligne, *lire* : La plupart ne valent.

Page 106, 4^e §, 4^e ligne, *lire* : comme le dit avec humour.



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

oo oo IMPRIMEURS - ÉDITEURS oo oo

oo 42, QUAI GAILLETON, 42 oo

oo oo oo LYON oo oo oo oo



